

Der Gesundheitssektor als Wirtschaftsfaktor? Chancen, Risiken, Entwicklungsperspektiven ; eine systemtheoretische Betrachtung

Wolk, Thorsten

Postprint / Postprint

Antrag, Vorstudie / application

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:

SSG Sozialwissenschaften, USB Köln

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Wolk, T. (2004). *Der Gesundheitssektor als Wirtschaftsfaktor? Chancen, Risiken, Entwicklungsperspektiven ; eine systemtheoretische Betrachtung*. Dortmund. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-121527>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Der Gesundheitssektor als Wirtschaftsfaktor?

**Chancen, Risiken, Entwicklungsperspektiven
Eine systemtheoretische Betrachtung**

Schriftliche Hausarbeit im Rahmen der Ersten Staatsprüfung für die Sekundarstufe II/I

dem Staatlichen Prüfungsamt Dortmund vorgelegt von
Wolk, Thorsten

Ruhr-Universität Bochum, 30.11.04
Themensteller: Prof. Dr. Rolf. G. Heinze
Fakultät für Sozialwissenschaft
Sektion für Soziologie

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	4
1.1. Zielsetzung der Arbeit und methodisches Vorgehen.....	4
1.2. Aufbau der Arbeit.....	6
1.3. Tabellen- und Abbildungsverzeichnis.....	8
2. Ausdifferenzierung, Medikalisierung und sich wandelnder Krankheitsbegriff als Faktoren für die gestiegene Nachfrage nach Gesundheitsleistungen.....	9
2.1. Die funktionale Ausdifferenzierung des Gesundheitssystems	9
2.1.1. <i>Systeme bei Luhmann</i>	9
2.1.2. <i>Die Ausdifferenzierung der Gesellschaft und derer Teilsysteme anhand von Codes</i>	17
2.1.3. <i>Das Gesundheitssystem aus systemtheoretischer Perspektive</i>	22
2.2. Der Zusammenhang zwischen der Medikalisierung der Gesellschaft und der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen	26
2.2.1. <i>Die erste Phase der Medikalisierung der Gesellschaft am Beispiel der Schwangerschaft</i>	26
2.2.2. <i>Die Ausweitung des Verständnisses von Krankheit und Gesundheit als Folge der Hypostasierung des Gesundheitssystems</i>	32
2.2.3. <i>Die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen als Folge der Individualisierung des Gesundheitsdiskurses</i>	34
2.2.4. <i>Zwischenfazit: Die Gesundheitswirtschaft zwischen Interpenetration, Entdifferenzierung und neuer Leitcodierung</i>	37
3. Die Gesundheitswirtschaft als eine der tragenden Säulen des Strukturwandels auf dem Weg in die Dienstleistungsgesellschaft.....	48
3.1. Wachstumsbranche Gesundheitswirtschaft – Der Aufstieg der sozialen personenbezogenen Dienstleistungen zur tragenden Säule des Strukturwandels	48
3.2. Vom konsumtiven Ressourcenvertilger zur volkswirtschaftlich produktiven Wachstumsbranche	52
3.3. Das Profil der Gesundheitswirtschaft	57
4. Die Beobachtung der Gesundheitswirtschaft mittels des Codes wachstumsförderlich/wachstumshemmend	68
4.1. Wachstumsförderliche Faktoren für die Gesundheitswirtschaft	69
4.1.1. <i>Die Folgen von Individualisierung, soziokulturellem Wandel und geänderten Bedürfnisstrukturen für die Gesundheitswirtschaft</i>	69
4.1.1.1. Das Bedürfnis nach „Lebensqualität“	69
4.1.1.2. Public-Health als Totalinklusion – aktive und passive Prävention	73

4.1.2.	<i>Die Verringerung des Pools informeller Dienstleistungen aufgrund der Emanzipation der Frau und des Wandels der Familien- und Lebensformen</i>	78
4.1.3.	<i>Der demografische Wandel – Das wirtschaftliche Potential des biologischen und gesellschaftlichen Alterns</i>	82
4.1.3.1.	Die Wirkung des <i>biologischen</i> Alterns auf die Gesundheitswirtschaft.....	85
4.1.3.2.	Die Wirkung des <i>gesellschaftlichen</i> Alterns auf die Gesundheitswirtschaft.....	88
4.1.3.3.	<i>Exkurs: Die Auswirkungen des demografischen Wandels auf unsere Sozialversicherungssysteme</i>	96
4.1.4.	<i>Der medizinisch-technische und gesundheitswissenschaftliche Fortschritt</i>	99
4.1.4.1.	Das Beispiel der Telematik als Motor für Prozess-Innovationen.....	103
4.1.4.2.	Das Beispiel der Mikrostrukturtechnik als Motor für Produktinnovationen	105
4.2.	Wachstumshemmende Faktoren für die Gesundheitswirtschaft.....	107
4.2.1.	<i>Droht der Gesundheitswirtschaft durch quantitativen und qualitativen Fachkräftemangel das vorzeitige Aus?</i>	107
4.2.1.1.	Das ungünstige Zusammenwirken der demografisch bedingten Alterung und Abnahme des Erwerbspersonenpotentials mit den unbefriedigenden Arbeitsbedingungen in der Pflege	107
4.2.1.2.	Qualifizierungsdefizite aufgrund von Kompetenzmängeln und eines zerklüfteten Weiterbildungssektors	113
4.2.2.	<i>Die Gesundheitswirtschaft als Beschäftigungslokomotive?</i>	116
4.2.2.1.	Bedeutet Altsein gleich Kranksein? - Die Kompressionsthese	116
4.2.2.2.	Das Rationalisierungspotential sozialer personenbezogener Leistungen am Beispiel des Medieneinsatzes und des medizinisch-technischen Fortschritts	120
4.2.3.	<i>Die Drosselung des medizinisch-technischen Fortschritts – Die derzeitige Praxis bei der Zulassung neuer Produkte und Verfahren als Flaschenhals für ihre Diffusion</i>	124
4.2.4.	<i>Die Tücken der informellen Leistungserbringung</i>	127
5.	Fazit: Aktuelle und zukünftige Hemmnisse und Herausforderungen für die Gesundheitswirtschaft	133
6.	Literatur	137
7.	Abkürzungsverzeichnis	151

1. Einleitung

Dieser Spezifikation entspricht, wie in anderen Funktionssystemen, so auch hier, eine Hypostasierung der eigenen Funktion und, daraus abgeleitet, die Projektion *universeller Relevanz* des eigenen Systems unter *Inklusion der Gesamtbevölkerung*. Die Hypostasierung wird dadurch erreicht, dass man nicht auf das Heilen von Krankheiten, sondern auf das *Herstellen von Gesundheit* abstellt – und damit einen jeweils *steigerungsfähigen Zustand*, nämlich *uneingeschränktes Wohlbefinden*, in Aussicht stellt.¹

*

Als erweiterte Leitdifferenz für das expandierende Gesundheitssystem wird die binäre Codierung *lebensförderlich/lebenshinderlich* vorgeschlagen. Diese Codierung ist umfassend und abstrakt genug, um die vielfältigen *Aufgaben des Gesundheitssystems* jenseits der traditionellen Krankenbehandlung wie *Prävention, gesellschaftliche gesundheitliche Infrastrukturmaßnahmen, finale gesundheitsbezogene Lebenslagenpolitik, Ökologie* etc. etc. als systemeigene Operationen des Gesundheitssystems zu rechnen zu können.²

*

Die neuen sozialen Bewegungen, zu denen auch die Gesundheitsbewegungen zur Selbsthilfe und Laienmedizin mit Paramedizinern und Naturheilkunde gehören, zeigen mit ihrem Wertekanon, wie das Ideal der Verschmelzung von Körper, Seele und Gemeinschaft aussieht. Es sind ganzheitliche Lebenskonzepte, die den Menschen als körperliches Trieb- und Muskelwesen, seine Seele als Gefühls- und Gedankenmedium, die Gemeinschaft als kommunikative Sinnerfüllung und ökologische Natureinbettung begreifen, besser: verwirklichen wollen.

Damit umschreibe ich das Leitwort der nächsten Jahre: *Gesundheit als Lebensqualität*.³

1.1 Zielsetzung der Arbeit und methodisches Vorgehen

Gesundheit ist in unserer Gesellschaft allgegenwärtig. Man begegnet ihr nicht mehr nur nach durchlittener Krankheit, noch kennzeichnet sie lediglich den Normalzustand davor. Sie ist außerdem nicht länger bloß das Gegenteil von Krankheit, sondern nach offizieller Lesart durch einen Zustand uneingeschränkten Wohlbefindens – *sozial, seelisch und körperlich* – charakterisiert. Gesundheit ist demnach etwas universelles, um deren Erhalt und Steigerung sich die Menschen unserer Zeit auch jenseits des Akutfalls präventiv bemühen. Sensibel werden die Regungen des Körpers und der Psyche registriert und – dem Imperativ von Gesundheit folgend – *aktiv* an der (Wieder)Herstellung des Wohlbefindens gearbeitet. Die angebotene Hilfestellung hierbei beschränkt sich nicht mehr nur auf das Gesundheitswesen allein,

¹ LUHMANN, NIKLAS (1983): „Anspruchsinflation im Krankheitssystem. Eine Stellungnahme aus gesellschaftstheoretischer Sicht.“ In: HERDER-DORNEICH, PHILLIPP/SCHULLER, ALEXANDER (Hg.): *Die Anspruchsspirale. Schicksal oder Systemdefekt*. Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz: Kohlhammer. S. 32/33. Hervorhebung von mir.

² BAUCH, JOST (1996): *Gesundheit als sozialer Code. Von der Vergesellschaftung des Gesundheitswesens zur Medikalisierung der Gesellschaft*. Weinheim; München. S. 13. Hervorhebung von mir.

³ BAIER, HORST (1997): *Gesundheit als Lebensqualität. Folgen für Staat, Markt und Medizin*. Zürich/Osnabrück. S. 117/118. Hervorhebung von mir.

vielmehr hat die Wirtschaft den Trend erkannt und bietet gegen ein Entgelt ebenfalls ihre Unterstützung an. Mittels Zeitschriften, Nahrungsmitteln, Fernsehsendungen, Fitness- und Wellnessstudios etc. wird dem Bedürfnis nach ganzheitlicher Gesundheit als Ausdruck der Lebensqualität entsprochen. Kurzum: Gesundheit hat Konjunktur.

Es stellt sich die Frage, woher das Bedürfnis stammt, aus dem sich die Nachfrage nach den vielfältigen Gesundheitsleistungen speist. Auch ist in diesem Zusammenhang von Interesse, wie sich die Ausweitung des Gesundheitsbegriffs erklären lässt, welche die daraus hervorgegangene soziale (Gesundheits)Bewegung erst ermöglicht hat. Und schließlich: Erweist sich diese als tragfähig genug, um langfristig Wachstum und Beschäftigung zu generieren, wie es die neuerliche Bezeichnung mit *Gesundheitswirtschaft* nahe legt, auf die sich zurzeit alle Hoffnungen richten?

Für die Beantwortung dieser Fragen wird eine gesellschaftstheoretische Zugangsweise gewählt. Hiernach setzt sich die Gesellschaft aus unterschiedlichen Teilsystemen zusammen, die sich zur Lösung spezifischer Probleme *funktional* ausdifferenziert haben. Diese Funktion besteht z.B. für das Gesundheitssystem in der Heilung von Krankheit bzw. Herstellung von Gesundheit und für das Wirtschaftssystem in der Aufrechterhaltung der Märkte über Zahlungen und Herstellung von „Preisen“. Jedem System ist zu Eigen, dass es nach der bestmöglichen Erfüllung seiner Funktion trachtet, die wiederum auch nur dort und nirgendwo sonst erfüllt werden kann. Da beide Systeme gemäß unterschiedlicher Systemlogiken *operieren* – das eine will Krankheiten heilen, das andere will wirtschaftlichen Nutzen daraus ziehen – wird bei der Beantwortung der Frage, inwieweit das Gesundheitswesen eine volkswirtschaftlich relevante Rolle spielen kann, besonderes Augenmerk darauf gelegt, wo sie sich einander ergänzen und wo sie sich gegenseitig ausschließen: Lässt sich die Gesundheitswirtschaft beispielsweise genau zwischen ihren beiden namensgebenden Elternsystemen verorten, gleichsam als Ergebnis gegenseitiger struktureller Kopplung und Interpenetration? Oder gibt eines von ihnen die verbindliche Leitdifferenz vor? Geschieht das einvernehmlich oder dringt ein System in das andere ein und reklamiert ehemals dort erbrachte Leistungen plötzlich für sich?

Mit Hilfe der so gewonnenen Erkenntnisse wird die beobachtungsleitende Unterscheidung *wachstumsförderlich/wachstumshemmend* entwickelt, die bei

der Analyse der Einflussfaktoren auf die Gesundheitswirtschaft zum Einsatz kommt. Auf diese Weise lassen sich sowohl die positiven als auch die negativen Wirkungen der Einflussfaktoren abspalten und so das wirtschaftliche Potential differenziert beurteilen. Es kann gezeigt werden, dass sich die Effekte teilweise konterkarieren bzw. an welchen Stellen sich Gestaltungsbedarf ergibt.

Zuvor erfolgt eine Exploration der Gesundheitswirtschaft.

1.2 Aufbau der Arbeit

Das nachfolgende Kapitel (*Kapitel 2*) beschäftigt sich mit der *funktionalen Ausdifferenzierung* des Gesundheitssystems, in deren Folge sich die Gesellschaft in zwei Phasen *medikalisiert* hat, was zu einem gewandelten Krankheits- und Gesundheitsverständnis geführt hat. Mit der Funktionsausweitung erklärt sich auch die gestiegene Nachfrage nach Gesundheitsprodukten und -dienstleistungen sowie letztendlich der Ausdifferenzierung der Gesundheitswirtschaft. Es wird gezeigt, dass sich das Gesundheitssystem nur deshalb so weitläufig ausweiten bzw. seine Funktionen *hypostasieren* konnte, weil es nicht länger allein auf die Heilung von Krankheit allein abzielt, sondern auf die Produktion und Steigerung von Gesundheit generell.

Im dritten Kapitel erfolgt eine Exploration der *Gesundheitswirtschaft*: Im ersten Teil (*Kapitel 3.1*) wird ihre Rolle vor dem Hintergrund des Strukturwandels zur Dienstleistungsgesellschaft untersucht. Die *sozialen personenbezogenen Dienstleistungen* – deren Beschäftigung mehrheitlich in der Gesundheitswirtschaft realisiert wird – haben in den letzten Jahren das größte Wachstum zu verzeichnen gehabt und gelten neben den produktionsbezogenen Dienstleistungen als die Gewinner im Transformationsprozess zur Dienstleistungsgesellschaft. Angesichts der neusten Zahlen wird daraufhin diskutiert, ob in Deutschland vom Bestehen einer *Dienstleistungslücke* ausgegangen werden kann. Ausgehend von der Kritik an der einseitigen sozialpolitischen Betrachtungsweise des Gesundheitssystems, die vorrangig seinen konsumtiven, verbrauchenden Charakter ins Auge fasst und dafür seinen volkswirtschaftlichen Beitrag zur Wertschöpfung missachtet, wird daraufhin der traditionelle Gesundheitssystembegriff zur „Gesundheitswirtschaft“ erweitert (*Kapitel 3.2*). Da die Gesundheitswirtschaft aufgrund ihrer zahlreichen Verflechtungen mit anderen Wirtschaftsektoren ein heterogenes Gebilde bildet, wird im dritten

Teilkapitel (*Kapitel 3.3*) eine definitorische Abgrenzung der sie umfassenden Sektoren vorgenommen sowie ausgewählte Wachstumsbranchen exkursiv vertieft werden.

Ausgehend von der Kritik an der herkömmlichen Betrachtung der Gesundheitswirtschaft, die eine Trennung in *endogene* und *exogene* Einflussfaktoren vornimmt, wird im Sinne der Fragestellung dieser Arbeit und in Anlehnung an LUHMANN eine neue beobachtungsleitende Unterscheidung vorgeschlagen. Um einen Erkenntnisgewinn über das wirtschaftliche Potential der Gesundheitswirtschaft zu erzielen, werden ihre Einflussfaktoren gemäß der Differenz *wachstumsförderlich/wachstumshemmend* beobachtet. Auf diese Weise lässt sich nicht nur differenziert ermitteln, *ob* etwas einen positiven oder negativen Effekt auf die Gesundheitswirtschaft hat, darüber hinaus lassen sich jene Einflüsse exakt zu den jeweiligen Faktoren zurückverfolgen. Es wird sich herausstellen, dass sowohl wachstumsförderliche als auch wachstumshemmende Wirkungen von ein und demselben Faktor ausgehen können, wobei sich entweder die positiven und negativen Impulse in unterschiedlichen Sektoren entfalten oder sich beide auf wiederum ein und demselben Sektor konzentrieren können, woraufhin sich seine Effekte zu konterkarieren drohen. Um nichts von der durch die Wahl der binären Codierung gewonnenen Trennschärfe einzubüßen, werden die wachstumsförderlichen und wachstumshemmenden Einflüsse in unterschiedlichen Teilkapiteln einander gegenübergestellt (*Kapitel 4.1 und 4.2*).

Die Arbeit schließt mit einem tabellarischen Überblick der wachstumsförderlichen und wachstumshemmenden Faktoren sowie einem Ausblick auf aktuelle wie zukünftige Herausforderungen (*Kapitel 5*).

Der Arbeit liegt eine *CD-ROM* bei, auf der die über das Internet zugängliche benutzte Literatur zu finden ist.

Tabellenverzeichnis:

Tabelle 1:	Wachstumsraten der Erwerbstätigen im Kernsektor des Gesundheitswesens (in 1.000).....	60
Tabelle 2:	In ausgewählten Randbereichen der Gesundheitswirtschaft tätiges Gesundheitspersonal	63
Tabelle 3:	Gesamtbeschäftigung in der Gesundheitswirtschaft in NRW 1998	63
Tabelle 4:	Monatliche Konsumausgaben privater Haushalte nach sozialer Stellung des Haupteinkommensbeziehers im Jahr 2001	73
Tabelle 5:	Aktive Einflussnahme und passive Begegnung in der Primär-, Sekundär und Tertiärprävention	76
Tabelle 6:	Altersaufbau der Bevölkerung Deutschlands	86
Tabelle 7:	Die Folgen des biologischen Alterns für den Kernsektor in Zahlen	88
Tabelle 8:	Einkommen und Einkommensposition älterer Menschen in Deutschland im Jahr 2002 nach Haushaltstypen	90
Tabelle 9:	Demografische Belastungsquotienten in Deutschland von 1960 bis 2050	98
Tabelle 10:	Schülerbestand in ausgewählten Berufen des Gesundheitswesens in NRW (1995 und 2002)	109
Tabelle 11:	Der Pflegeberuf aus Sicht des Anforderungs-Kontroll-Modells und des Modells beruflicher Gratifikationskrisen.....	111
Tabelle 12:	Wachstumsförderliche und wachstumshemmende Einflussfaktoren auf die Gesundheitswirtschaft	136

Abbildungsverzeichnis:

Abbildung 1:	Systeme bei Luhmann: Aufbau eines autopoietischen, operativ geschlossenen und dennoch umwelt offenen Systems	15
Abbildung 2:	Soziale Systeme bei Luhmann: Anschlussfähigkeit, Kontingenz und Evolution	16
Abbildung 3:	Die Fähigkeit von Systemen, sich selber zu beobachten und sich zeitlich zu verorten bzw. ihre Reflexivität	16
Abbildung 4:	Darstellung der Gesundheitswirtschaft aus systemtheoretischer Perspektive	46
Abbildung 5:	Indikatoren der Gesundheitsausgabenrechnung 1992 bis 2002 – Gesundheitsausgaben gemessen am BIP und in Euro pro Person.....	53
Abbildung 6:	Indikatoren der Gesundheitsausgabenrechnung 1992 bis 2002 – Gesundheitsausgaben gemessen am BIP und der % Anteil der Beschäftigten im Gesundheitswesen gemessen an der Gesamtbeschäftigung ...	53
Abbildung 7:	Bestimmt Gesundheit den sechsten Kondratieff-Zyklus?	56
Abbildung 8:	Das Schalenmodell der Gesundheitswirtschaft.....	58
Abbildung 9:	Wandel der Haushaltsgrößen von 1900 bis 2002	81
Abbildung 10:	Kostenanstieg der Medikalisierungsthese vs. Kostenanstieg der Kompressionsthese	118
Abbildung 11:	Phasen des medizinisch-technischen Innovationsprozesses	125
Abbildung 12:	Männliche und weibliche OECD Beschäftigungsquoten ausgewählter Länder im Jahr 2003	129

2. Ausdifferenzierung, Medikalisierung und sich wandelnder Krankheitsbegriff als Faktoren für die gestiegene Nachfrage nach Gesundheitsleistungen

2.1 Die funktionale Ausdifferenzierung des Gesundheitssystems

2.1.1 Systeme bei Luhmann

LUHMANN unterscheidet zwischen biologischen, psychischen und sozialen Systemen. Das psychische System bildet für ihn das Bewusstsein der Menschen, ihre „Personen“⁴, wobei ihre Körper die biologischen Systeme darstellen. Menschen selbst bilden keine Systeme, können aber Anteil an verschiedenen Systemtypen haben, z.B. an biologischen und psychischen. Soziale Systeme kommen bei LUHMANN in drei Formen vor: als Gesellschaft, als Organisation und als Interaktion.

Das Merkmal aller Systeme ist ihre Aktivität: sie „operieren“, wie LUHMANN es nennt, wodurch sie sich selbst produzieren und damit erst hervorbringen. Jedoch besitzt jedes System seine eigene, charakteristische Operationsweise: Biologische Systeme leben, psychische Systeme führen Bewusstseinsprozesse⁵ durch und soziale Systeme kommunizieren.⁶

Alle drei Systeme gehorchen zwei Leitprinzipien: Erstens erzeugt jedes System – aus seiner ihm eigenen Perspektive – *seine* Umwelt durch *seine* Operationen selbst. Dadurch schafft es gleichzeitig eine Grenze bzw. Differenz zwischen sich und seiner Umwelt. Für ein psychisches System ist z.B. alles außerhalb der Sphäre des Bewusstseins demnach Umwelt, gleichsam die ganze Welt, den Körper als biologisches System mit eingeschlossen. Die reale Welt ist hierbei die Voraussetzung für das mögliche Vorhandensein von Systemen und ihrer Umwelt, sie selbst ist nur fassbar als Umwelt aus der Sicht eines Systems.⁷ Da ein objektiver Blick auf die Welt aber nicht möglich ist, erlaubt das System durch die Schaffung einer Umwelt dennoch wenigstens den Blick auf einen Ausschnitt der Welt:

⁴ Unter *Personen* werden rollenspezifische Aspekte von Individuen verstanden, welche die gleichzeitige Zugehörigkeit zu unterschiedlichen sozialen Teilsystemen ermöglichen. Beispielsweise adressiert das Wissenschaftssystem lediglich die Person „Student“, seine übrigen Personen – z.B. berufliche Tätigkeit, Religionszugehörigkeit etc. – sind für jenes unerheblich. Allerdings verlangen moderne Gesellschaften die Teilhabe an verschiedenen Teilsystemen, z.B. ist die Bildung in der Universität die Voraussetzung für einen ärztlichen Beruf. Vgl. KNEER, GEORG/NASSEHI, ARMIN (2000): *Niklas Luhmanns Theorie sozialer Systeme*. 4. unveränderte Auflage. München. S. 156-159.

⁵ Zu diesen gehören z.B. denken, fühlen, wahrnehmen, wollen etc.

⁶ BERGHAUS, MARGOT (2003): *Luhmann leicht gemacht. Eine Einführung in die Systemtheorie*. Köln. S. 36.

⁷ Ebd. S. 37.

Für Sinnsysteme ist die Welt kein Riesenmechanismus, der Zustände aus Zuständen produziert und dadurch die Systeme selbst determiniert. Sondern die Welt ist ein unermessliches Potential für Überraschungen, ist virtuelle Information, die aber Systeme benötigt, um Informationen zu erzeugen, oder genauer: um ausgewählten Irritationen den Sinn von Informationen zu geben.⁸

Um die Grenze zwischen sich und der Umwelt ziehen zu können, sind alle Systeme zudem in der Lage, sich selbst zu beobachten, sich zu „Unterscheiden und Bezeichnen.“⁹ Hierfür kopieren die Systeme die System/Umwelt-Differenz noch einmal in sich selbst hinein und benutzen diese Abgrenzung intern als Richtschnur für ihre Unterscheidungen. Somit erscheint die System/Umwelt-Differenz doppelt: als vom System durch Operieren produziert und nach dem so genannten *re-entry* als von ihm beobachtetes Phänomen.¹⁰ Dadurch sind Systeme in der Lage, zwischen Selbstreferenz und Fremdreferenz zu unterscheiden. Das soziale System Massenmedien kann z.B. auf diese Weise zwischen sich, den Berichtenden, und denen, über die berichtet wird, trennen. Systeme lassen sich beim Operieren allerdings nicht nur intern, durch Selbstbeobachtung, sondern auch extern, von anderen Systemen, beobachten. So kann ein Wirtschaftsunternehmen sich mittels Bilanzen und Geschäftsberichten selbst beobachten, aber auch von den Massenmedien durch ihre Berichterstattung darüber von außen beobachtet werden.¹¹

Das zweite wesentliche Leitprinzip besteht in der *Autopoiesis*, was wörtlich übersetzt „selbst schaffend“ bedeutet. Es besagt, dass es sich nur dann um Systeme handelt, wenn sie sich selbst produzieren und reproduzieren können. Als ideales Beispiel gilt für LUHMANN das Leben: „Das Leben selbst kann jedenfalls als Autopoiesis begriffen werden. Das heißt: Leben produziert Leben, und nichts von außen kann Leben hinzufügen.“¹² Die Operationen des Systems, in dem Fall des biologischen, erzeugen sich laufend selbst: es lebt

⁸ LUHMANN, NIKLAS (1997): *Die Gesellschaft der Gesellschaft. Erster und Zweiter Teilband*. Frankfurt a. M. S. 46.

⁹ BERGHAUS, MARGOT (2003): *Luhmann leicht gemacht. Eine Einführung in die Systemtheorie*. Köln. S. 69.

¹⁰ „Die Systemtheorie löst dieses Problem mit der Figur des ‚re-entry‘. Sie bezeichnet den Wiedereintritt einer Form in die Form, also einer Unterscheidung in das Unterschiedene; im Falle von Systemen den Wiedereintritt der Differenz von System und Umwelt in das System. Für den Fall der Systemform kann man das re-entry der Form in die Form durch die Unterscheidung von *Selbstreferenz* und *Fremdreferenz* bezeichnen.“ LUHMANN, NIKLAS (1995): „Die Form Person“. In: *Soziologische Aufklärung 6. Die Soziologie und der Mensch*. Opladen. S. 144. Hervorhebungen im Original.

¹¹ Luhmann bezeichnet die eigene Beobachtung des Systems als *Beobachtung erster Ordnung*, die Beobachtung des Beobachtens als *Beobachtung zweiter Ordnung*. Jede Beobachtung besitzt einen sog. *blinden Fleck*, d. h. dass der Beobachter sich auf eine Unterscheidung stützt, die er mit deren Hilfe aber selbst nicht bezeichnen und somit auch nicht selbst beobachten kann. Beispielsweise kann sich niemand (ohne Hilfsmittel) selbst in die Augen schauen.

¹² Ebd. S. 271.

und lebt in einem fort. Damit einher geht ein weiteres Charakteristikum von Systemen: Ihre Operationen müssen anschlussfähig sein, d.h. so beschaffen sein, dass auf jede Operation sogleich die nächste folgen kann. Soziale Systeme können sehr komplex sein, da sie mehrere Möglichkeiten des Anschlusses haben bzw. diese „kontingent“ oder unendlich sind. Das System muss in diesem Fall durch Selektion erst die geeignete Anschlusskommunikation finden. Diese Entscheidung treffen psychische und soziale Systeme mit Hilfe von *Sinn*, der die Wahl gewisser Anschlussoperationen wahrscheinlicher macht als andere. Die jeweils aktuelle Operation ist zwangsläufig instabil, da sie schnell überholt ist und ersetzt werden muss. Sinn hilft nun bei der Selektion der neuen Möglichkeiten. Er

[...] reduziert Komplexität auf eine solche Weise, dass ein selektiver Zugriff, eine momentane Auswahl möglich wird – dabei wird die Komplexität aber nicht zerstört, sondern für weitere Systemoperationen zur Verfügung gestellt.“¹³

Kommunikationen¹⁴ wie Bewusstseinsprozesse besitzen eine intentionale Struktur bzw. sind an einen bestimmten Inhalt geknüpft. Jeder Gedanke ist immer Gedanke *über* etwas, genau wie jede Kommunikation immer Kommunikation *über* etwas ist. Das Aktuelle intendiert sogleich das Nächste und das wiederum verweist auf weitere Möglichkeiten. Anders formuliert: Sinn verweist immer auf Sinn und nicht auf Nicht-Sinn.¹⁵ Damit stellt er die Anschlussfähigkeit der Operationen sicher. Beispielsweise folgt in einem psychischen System ein Gedankenprozess auf den nächsten, jedoch nicht beliebig, denn mittels Sinn wird sichergestellt, dass von allen möglichen folgenden Gedanken bestimmte nahe gelegt werden. Die Inhalte der Gedanken intendieren bereits den nächsten. Das Beispiel veranschaulicht zudem den selbstreferentiellen, autopoietischen Charakter von Systemen.

Da jedes System sich selbst beobachtet, also zwischen Selbst- und Fremdreferenz unterscheiden kann, nimmt es auch wahr, wie es vor und nach der letzten Operation beschaffen war. Diese Fähigkeit der Systeme, sich selbst zeitlich zu verorten, nennt man ihre Reflexivität. Dank ihr sind Systeme fähig, sich weiterzuentwickeln bzw. zu evolutionieren:

¹³ KNEER, GEORG/NASSEHI, ARMIN (2000): *Niklas Luhmanns Theorie sozialer Systeme*. 4. unveränderte Auflage. München. S. 78.

¹⁴ Die Kommunikation teilt sich in drei Teile: *Information*, *Mitteilung* und *Verstehen*. Jede Kommunikation wird wiederum einem sinnhaften Selektionsprozess unterworfen, der sich für eine und damit gleichzeitig gegen andere Interpretationen entscheidet.

¹⁵ Ebd. S. 78.

Das ist im Übrigen auch die Kontaktstelle, an der evolutionstheoretische Überlegungen [...] hereinkommen, denn es wäre ja die Aufgabe der Evolutionstheorie, zu erklären, wieso aus Einmalerefindungen wie der Biochemie des Lebens oder der sinnhaften Kommunikation, des sinnhaften Austausches von Zeichen, hoch komplexe Systeme oder eine große Artenvielfalt entstehen, das heißt, wie Strukturreichtum gebildet werden kann, obwohl es sich jeweils um *einen* Typ von Operation handelt und obwohl die ganze Sache zirkulär angelegt ist.¹⁶

Aufgrund ihrer Fähigkeiten zur reflexiven Selbstbeobachtung, die ihnen zum einen ermöglicht, zwischen sich und der Umwelt zu unterscheiden und zum anderen sich selbst zeitlich zu fassen, haben Systeme also die Möglichkeit zu evolutionieren. Infolge der Differenz zwischen System und Umwelt ergibt sich eine natürliche Spannung zwischen beiden, denn die Umwelt verändert sich fortlaufend, aber in anderer Art und Weise als das System. Somit ist letzteres genötigt, sich ständig mit auszudifferenzieren. LUHMANN sieht darin den Schlüssel zur Weiterentwicklung: „Nur die Differenz von System und Umwelt ermöglicht Evolution.“¹⁷ Dabei ist zu beachten, dass Systeme streng genommen nur von außen irritiert werden und dieser Störung daraufhin intern eine Information zuordnen. Sie sind „operativ geschlossen“, denn Operationen werden nur im Inneren hergestellt und können nicht von außen importiert werden:

Es [das System] stellt nicht nur die eigenen Strukturen her, sondern ist auch auf der Ebene der Operationen autonom. Es kann keine Operation aus der Umwelt importieren, kein fremder Gedanke gelangt in meinen Kopf [...]. [...] Diese operative Geschlossenheit ist nur eine andere Form der Formulierung für die Aussage, dass ein autopoietisches System die Operationen, die es benötigt, um Operationen zu erzeugen, durch das Netzwerk der eigenen Operationen erzeugt.¹⁸

Dennoch sind die Systeme umweltoffen, d.h. sie orientieren sich an den Einflüssen von außen. Was aber im Innern des Systems mit diesen geschieht, darüber entscheidet einzig das System selbst, ist daher „autonom, aber nicht autark.“¹⁹

Für LUHMANN sind nach den biologischen die psychischen und sozialen Systeme in Ko-Evolution entstanden.²⁰ Für ihre Entstehung müssen bestimmte

¹⁶ LUHMANN, NIKLAS (2004): *Einführung in die Systemtheorie*. Zweite Auflage. Heidelberg. S. 109. Hervorhebung im Original.

¹⁷ LUHMANN, NIKLAS (1997): *Die Gesellschaft der Gesellschaft. Erster und Zweiter Teilband*. Frankfurt a. M. S. 433.

¹⁸ LUHMANN, NIKLAS (2004): *Einführung in die Systemtheorie*. Zweite Auflage. Heidelberg. S. 110. Einfügung von mir.

¹⁹ HARTMANN, ANJA K. (2002): *Zwischen Differenzierung und Integration. Die Entwicklung des Gesundheitssystems in den Niederlanden und in der Bundesrepublik*. Opladen. S. 28.

²⁰ Luhmann, Niklas (1984): *Soziale Systeme. Grundriss einer allgemeinen Theorie*. Frankfurt a. M. S. 92. Zitiert nach: BERGHAUS, MARGOT (2003): *Luhmann leicht gemacht. Eine Einführung in die Systemtheorie*. Köln. S. 50.

Grundvoraussetzungen erfüllt sein: Das biologische System benötigt z.B. Sauerstoff, Nahrung und Wasser, psychische Systeme benötigen wiederum biologische Systeme und soziale Systeme sind schließlich auf beide angewiesen. Dauerhafte, meist für das Überleben des Systems wichtige Beziehungen nennt LUHMANN „strukturelle Koppelungen“. Stehen sich zwei Systeme derart nahe, spricht er von gegenseitiger Interpenetration. Das Gesundheitssystem ist z.B. an das Wirtschaftssystem strukturell gekoppelt, da es Geld zur Aufrechterhaltung seiner Existenz benötigt. Anders formuliert führt jedes System Beobachtungen und damit Einfluss aus und importiert Informationen und Ressourcen. Zu beachten ist aber, dass die letzten beiden Importe nicht fertig aus der Welt bzw. Umwelt bezogen werden, sondern erst durch Zuschreibungen während des Beobachtens entstehen. „Geld“ wird erst dadurch zur importierten Ressource, indem das System ihm intern die Information „wichtiges Zahlungsmittel“ zuschreibt. Diese ist aber keinesfalls a priori in der Welt gegeben, sondern muss erst im Innern hergestellt werden.

Aus der operativen Geschlossenheit der Systeme folgt, dass es durch seine früheren autopoietischen Operationen in gewisser Weise strukturell festgelegt ist: Es kann nicht plötzlich seine Bedingungen ändern, unter denen es existiert. Beispielsweise kann das biologische System „Huhn“ nur als und wie ein Huhn operieren bzw. leben. Frühere Selektionen haben dazu beigetragen, dass aus einem Ei entweder ein männliches oder ein weibliches Tier aus schlüpft, das System „Huhn“ kann nicht spontan zu einem anderen Tier werden: „Strukturen schränken die prinzipiell unendliche Anzahl von Möglichkeiten für Anschlusshandlungen auf ein bestimmtes *erwartbares* Maß ein [...]“.²¹ Obwohl die Zahl der wahrscheinlichen Anschlussoperationen dadurch eingeschränkt ist, liegt in der Autopoiesis gleichzeitig der Schlüssel zur Bildung neuer Strukturen begründet: Während der Selektion geeigneter Anschlussoperationen aus einem bestimmtem Sinnhorizont kann es passieren, dass aus dem Überschuss an Möglichkeiten eine auf den ersten Blick unwahrscheinliche gewählt wird. Auf diese Weise werden neue „zufällige“ Variationen ausprobiert. LUHMANN spricht in diesem Zusammenhang von einer „dynamischen Stabilität“ autopoietischer Systeme. Dementsprechend lässt sich auch erklären, wie sich das biologische System „Huhn“ allmählich ausdifferenzierte und mehrere Arten ausbildete, die besser mit ihrer Umwelt, bei-

²¹ KNEER, GEORG/NASSEHI, ARMIN (2000): *Niklas Luhmanns Theorie sozialer Systeme*. 4. unveränderte Auflage. München. S. 116. Hervorhebung im Original.

spielsweise Hitze oder Kälte, zurechtkommen. Auf die gleiche Art und Weise vollzog sich für LUHMANN auch die soziokulturelle Evolution unserer Gesellschaft, die im nächsten Abschnitt erläutert wird.

Abbildung 1: Systeme bei Luhmann: Aufbau eines autopoietischen, operativ geschlossenen und dennoch umweltoffenen Systems (*Eigene Darstellung*).

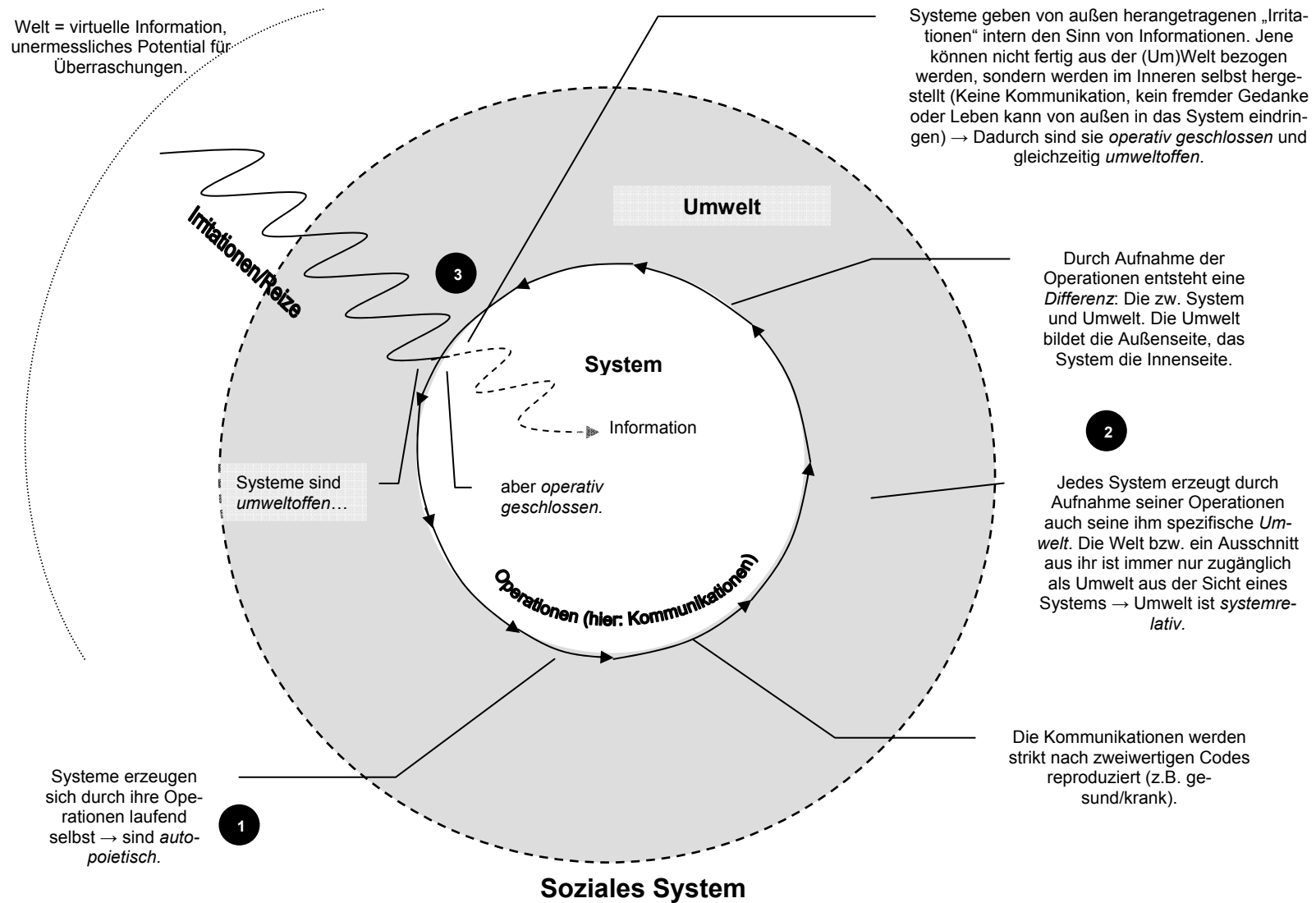


Abbildung 2: Soziale Systeme bei Luhmann: Anschlussfähigkeit, Kontingenz und Evolution (*Eigene Darstellung*)

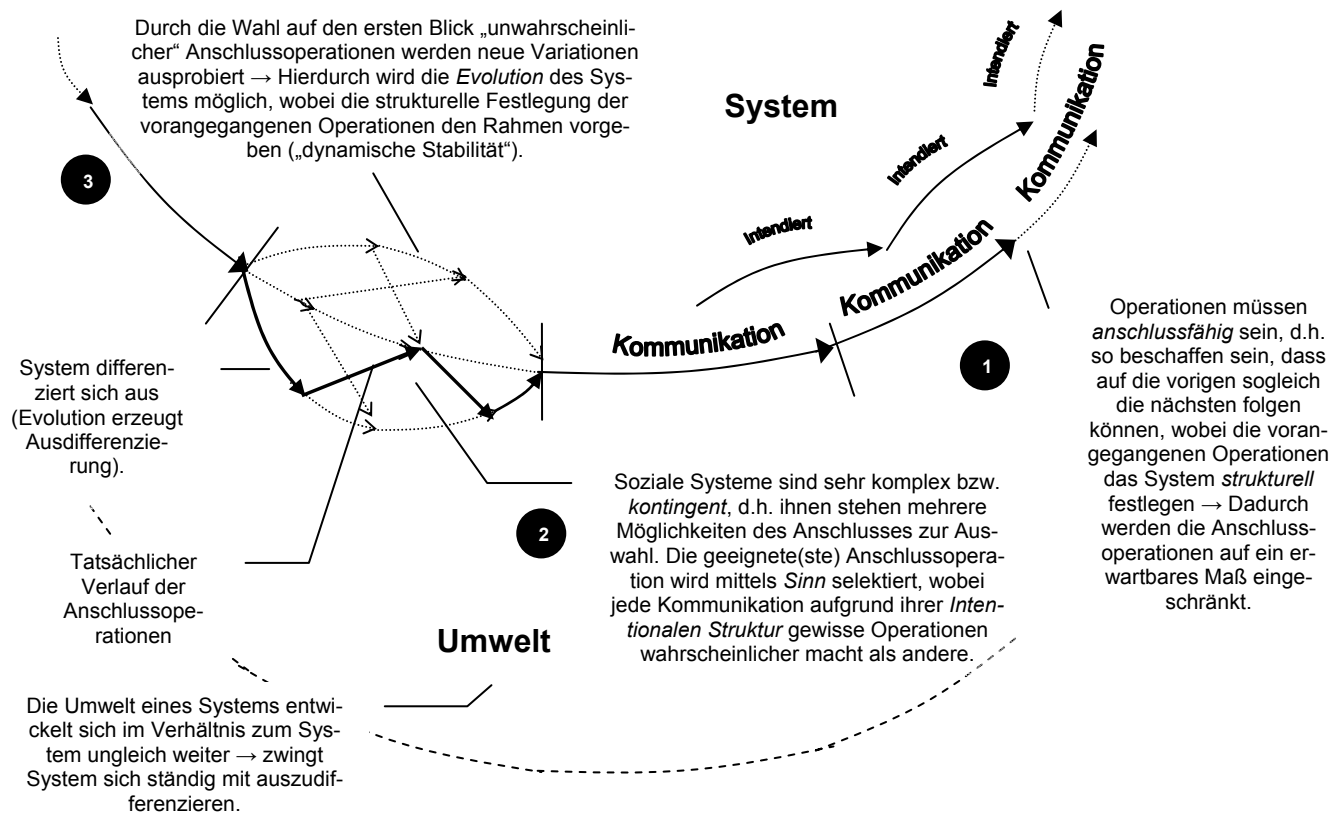
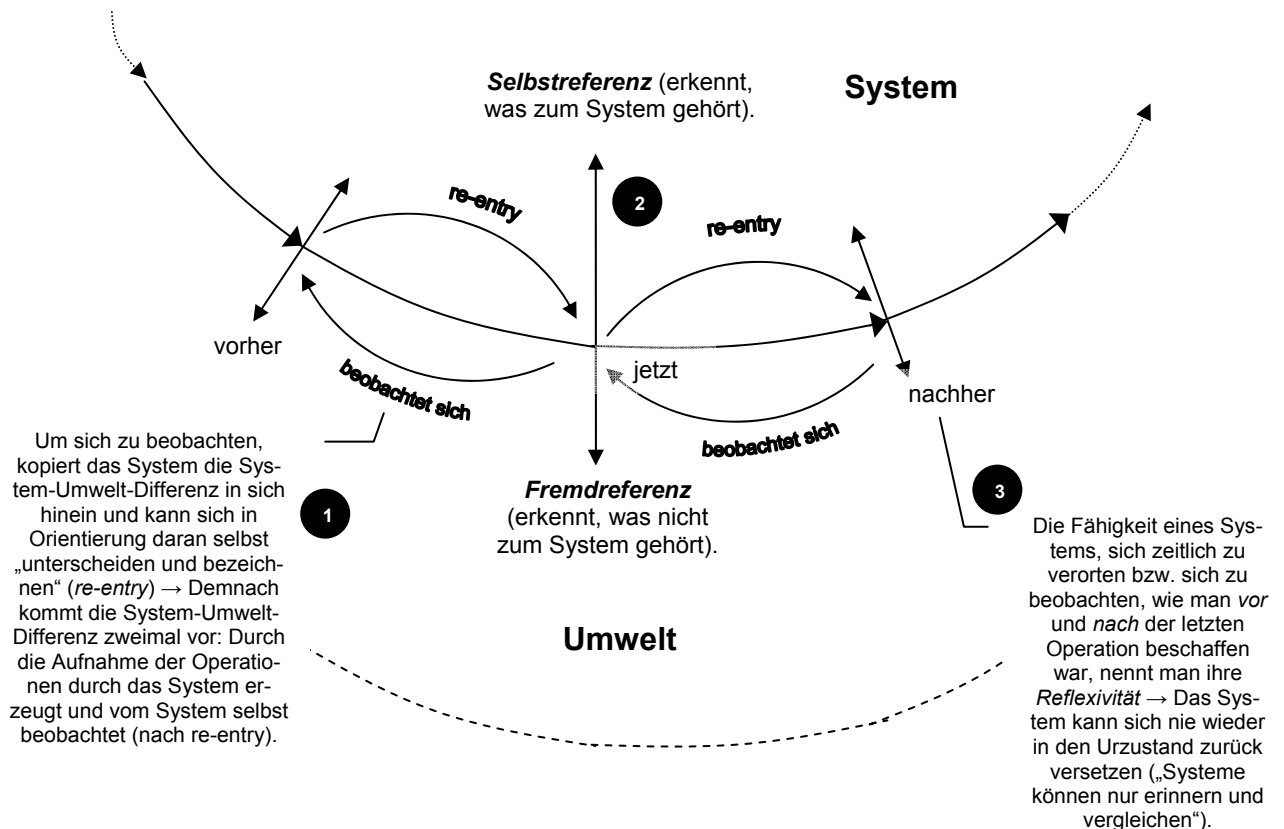


Abbildung 3: Die Fähigkeit von Systemen, sich selbst zu beobachten und sich zeitlich zu verorten bzw. ihre Reflexivität (*Eigene Darstellung*).



2.1.2 Die Ausdifferenzierung der Gesellschaft und derer Teilsysteme anhand von Codes

LUHMANN unterscheidet zwischen drei primären Differenzierungsformen der Gesellschaft, die sich einander im Laufe ihrer soziokulturellen Evolution abgelöst haben: Der segmentären, der stratifikatorischen und der funktionalen Differenzierung.²² Das wesentliche Unterscheidungsmerkmal zwischen den Gesellschaftsstadien ist der Grad ihrer Komplexität, in deren Folge sie gezwungen sind, sich auszdifferenzieren. In archaischen Gesellschaften, aber auch heutigen Naturvölkern, herrscht primär die segmentäre Differenzierung vor. Sie unterteilt eine Gesellschaft in gleichartige und gleichrangige Teile, wie z.B. in Familien, Stämme, Clans oder Dörfer. Wichtig für die Zugehörigkeit zum System ist lediglich zeitliche und räumliche Anwesenheit. Es existieren noch keine Aufgaben, die eine komplexere Arbeitsverteilung erforderlich machen, sämtliches Handeln wird von allen gleich erlebt:

Das führt dazu, dass die gesellschaftliche Wirklichkeit sich von jeder Position innerhalb des Gesellschaftssystems als gleich und symmetrisch darstellt und dass Handlungsanschlüsse kaum auf besondere Selektionsspielräume angewiesen sind.²³

Als die segmentäre Differenzierung die Steigerung ihrer Komplexität nicht mehr bewältigen konnte, wurde sie von der primär stratifikatorischen Differenzierung abgelöst. In jener wird die Gesellschaft in Schichten, Stände oder Klassen untergliedert, die sowohl ungleichartig als auch ungleichrangig sind.²⁴ Der Sinnhorizont, mit dessen Hilfe die Gesellschaft sich beobachtet, ist die Leitdifferenz oben/unten. Sämtliche Kommunikationen beachten einzig ihre Wirkung im strengen hierarchischen Gefüge der Gesellschaft. Beispielsweise widerfährt in der höfischen Gesellschaft demjenigen die größte Wertschätzung, der den höchsten Titel innehat, ungeachtet seiner Fähigkeiten oder Errungenschaften. Ob Mann und Frau eine Ehe eingehen können, diktiert ihnen nicht ihr Gefühl, sondern ihre Zugehörigkeit zu einem bestimmten Stand. Obwohl die Komplexität derartig differenzierter Gesellschaften die von segmentären bei weitem überstiegen hat, bleibt sie dennoch überschaubar und homogen: Zum einen ist jederzeit eine Positionsbestimmung anhand der

²² LUHMANN, NIKLAS (1995): „Inklusion und Exklusion“. In: *Soziologische Aufklärung 6. Die Soziologie und der Mensch*. Opladen. S. 242f.

²³ KNEER, GEORG/NASSEHI, ARMIN (2000): *Niklas Luhmanns Theorie sozialer Systeme*. 4. unveränderte Auflage. München. S. 123.

²⁴ SCHIMANK, UWE/VOLKMANN, UTE (1999): *Gesellschaftliche Differenzierung*. Bielefeld. S. 6.

Leitdifferenz oben/unten möglich²⁵, zum anderen wird die Stellung der Schichten im gesellschaftlichen Gefüge als Teil der göttlichen Schöpfung begriffen, wodurch sie für alle legitimiert wird. Kennzeichen der stratifikatorischen Gesellschaft ist, dass dadurch (noch) eine Sinn gebende Zentralinstanz existiert:

Die Religion leistet mehr, als nur Moral aus sich heraus zu erlassen, sie garantiert auch die Erhaltung der Ordnung nach Gottes Willen und damit die Placierung (!) der Möglichkeiten zu handeln im System der Schichtung.²⁶

Der Religion bzw. Moral fällt somit die Aufgabe zu, die Zugehörigkeit zu den Schichten und damit die gesamte Gesellschaft zu stabilisieren.

Den Übergang von der primär stratifikatorisch zur primär funktional differenzierten Gesellschaft kennzeichnet die zunehmende interne Ausdifferenzierung von Handlungsbereichen bzw. selbstreferentieller sozialer Systeme mit eigenen spezifischen Kommunikationen. Die funktional differenzierte Gesellschaft unterteilt sich in mehrere hoch spezialisierte Teilsysteme, die jeweils einen individuellen Beitrag zur Reproduktion der Gesellschaft leisten, den kein anderes von ihnen beisteuern kann. Aufgrund dessen werden sie als gleichrangig in ihrer Bedeutung angesehen. Für die Wissenschaft besteht die Leistung z.B. in der Produktion von neuem Wissen, für das Gesundheitssystem in der Aufrechterhaltung der Gesundheit der Bevölkerung.²⁷ Weil sie vollkommen unterschiedliche Funktionen wahrnehmen, sind sie ihrem Aufbau gemäß höchst unterschiedlich funktional ausdifferenziert und infolgedessen nicht gleichartig.

Erste Anzeichen einer „Verselbstständigung und Autonomisierung“²⁸ von sozialen Teilsystemen lassen sich bereits im 16. Jahrhundert ausmachen, in dem sich nach den Religionskriegen und der Reformation die Menschen bzw. ihre politischen Entscheidungsträger nicht mehr geschlossen einer dominierenden religiösen Autorität unterstellten. Im Zuge der Konfessionalisierung der Territorien und damit der Möglichkeit der Fürsten, ihren Untertanen die

²⁵ Luhmann spricht davon, dass die gesellschaftlichen Teilsysteme – hier die Schichten – „durch eine gesamtgesellschaftliche Grundsymbolik der Hierarchie und der direkten Reziprozität“ zusammengehalten werden. (LUHMANN, NIKLAS (1980): *Gesellschaftsstruktur und Semantik, Studien zur Wissenssoziologie der modernen Gesellschaft*. Bd. 1. S. 29. Zitiert nach: KNEER, GEORG/NASSEHI, ARMIN (2000): *Niklas Luhmanns Theorie sozialer Systeme*. 4. unveränderte Auflage. München. S.127.)

²⁶ Ebd. 128/129. Fehler im Original.

²⁷ KRAUSE, DETLEF (1996): *Luhmann-Lexikon*. Stuttgart. S. 37.

²⁸ KNEER, GEORG/NOLLMANN, GERD (1997): „Funktional differenzierte Gesellschaft.“ In: KNEER, GEORG/NASSEHI, ARMIN/SCHROER, MARKUS (Hg.) (1997): *Soziologische Gesellschaftsbegriffe. Konzepte moderner Zeitdiagnosen*. München. S. 84.

eigene Glaubensrichtung zu diktieren, vollzog sich deren Emanzipation und damit die Herausbildung zweier unterschiedlicher Teilsysteme: das der Politik und das der Religion. Oder, um mit LUHMANN zu sprechen, das Teilsystem Politik stellte von Fremd- auf Selbstreferenz um. Begünstigt von der Entstehung der bürgerlichen, kapitalistischen Gesellschaft und Säkularisierung emanzipieren sich im Laufe der Zeit weitere Gesellschaftsbereiche, wie z.B. die Wirtschaft. Sie hat sich zunehmend von religiösen und moralischen Restriktionen befreien können und daraufhin das ökonomische Denken zur alleinigen Handlungsmaxime erhoben. Ebenso hat sich das Recht aus dem System der Politik gelöst, indem es sich nicht mehr von außen hat diktieren lassen, was „Recht“ ist, sondern es selbst zu definieren und legitimieren versucht hat.²⁹

Das Besondere der funktionalen Differenzierung besteht darin, dass sich die Teilsysteme um spezifische Sinnsphären³⁰ gebildet haben und sich nicht um der bloßen Arbeitsteilung willen ausdifferenziert haben:

Systembildung geschieht dann sozusagen um bestimmte Sinnhorizonte herum. Spezialisiert ein System sich etwa auf eine bestimmte Aufgabe, so lässt sich an der jeweiligen selektiven Handhabung von Sinnselektionen erkennen, welche Operationen zum System gehören und welche nicht.³¹

Die sozialen Teilsysteme der Gesellschaft bilden eigene Sinnverarbeitungsregeln, oder wie LUHMANN sagt, eigene „Semantiken“³² aus, nach denen sie ab jetzt unterschieden werden können. Jedes Teilsystem hat seine eigene, spezifische Perspektive auf die es umgebende Welt – mit der Folge, dass es keine zentrale Instanz mehr geben kann, welche verbindliche Definitionsmacht besäße³³:

²⁹ Die heutige Trennung von Legislative und Exekutive ist das Ergebnis dieser Differenzierung.

³⁰ Dies markiert den fundamentalen Unterschied Luhmanns zu Parsons oder Durkheim, die unter funktionaler Differenzierung vor allem Arbeitsteilung verstanden, die Teilung des Ganzen in mehrere aufeinander abgestimmte Teile (*Dekomposition*). Für Luhmann ist Gesellschaft mehr als die Summe ihrer Teilsysteme (*Emergenz*).

³¹ KNEER, GEORG/NASSEHI, ARMIN (2000): *Niklas Luhmanns Theorie sozialer Systeme*. 4. unveränderte Auflage. München. S. 120.

³² LUHMANN, NIKLAS (1980): *Gesellschaftsstruktur und Semantik, Studien zur Wissenssoziologie der modernen Gesellschaft*. Bd. 1. S. 19. Zitiert nach: KNEER, GEORG/NASSEHI, ARMIN (2000): *Niklas Luhmanns Theorie sozialer Systeme*. 4. unveränderte Auflage. München. S. 120.

³³ Die moderne Gesellschaft ist somit *polykontextural*, es gibt keine „richtige“ Sicht auf die Welt mehr, stattdessen nur eine Vielzahl von systemabhängigen Beobachtungen. Eine Funktion von funktionalen Teilsystemen besteht aufgrund dessen auch in der Verringerung der Komplexität der Welt auf ein erträgliches Maß. Innerhalb der Systemgrenzen findet das personale System Orientierung gebende Sinn Grenzen vor Vgl. SCHIMANK, UWE (1996): *Theorien gesellschaftlicher Differenzierung*. Opladen. S. 139.

Die moderne Gesellschaft verfügt über keine privilegierte Position, über kein Zentrum und keine Spitze; insofern findet sich in der Moderne kein Ort, an dem konkurrenzfreie, verbindliche Repräsentation vorgenommen werden könnte.³⁴

Die sozialen Teilsysteme einer Gesellschaft operieren nicht alleine mit ihren Semantiken, sondern mit Hilfe von beobachtungsleitenden zweiwertigen Grundunterscheidungen, so genannten „binäreren Codes“³⁵. Anhand dieser lassen sich auch Kommunikationen den jeweiligen Teilsystemen zuordnen: Wann immer es um die Unterscheidung Recht/Unrecht geht, gehört diese Kommunikation zum Teilsystem Recht, wann immer es um Wahr/Unwahr geht, handelt es sich um wissenschaftliche Kommunikation.³⁶ Die binären Codes stecken dabei nicht nur den Rahmen des Systems ab, innerhalb dessen sie operieren, sondern sie *konstituieren* dadurch die Systeme erst. Die Codes nehmen gleichsam das vorweg, was sie in ihrer (Um)Welt sehen: So gelangt das Rechtssystem sozusagen erst durch die Beobachtung seiner Umwelt anhand der Codierung Recht/Unrecht zu seinem Gegenstand, welchen es ja nicht bereits fertig in der Welt vorfindet, sondern eben erst intern herstellen muss. Das Gesundheitssystem bringt den Kranken bzw. die Krankheit auf die gleiche Art erst hervor, um die es sich anschließend kümmert.

Während im Inneren des Systems die Operationen bzw. Kommunikationen autopoietisch strikt nach der zweiwertigen Codierung reproduziert werden, sorgen so genannte „Programme“ dafür, welcher der beiden Werte genommen wird, damit es überhaupt zu anschlussfähigen Kommunikationen kommen kann. Auf diese Weise stellen sie die Autopoiesis sicher. Unter Programmen versteht LUHMANN die Zuordnungsregeln, die bestimmen, welche Seite des Codes gewählt und aktualisiert wird.³⁷ Beide sind aufeinander angewiesen, da der Binärcode selbst noch keine Information darüber enthält, welcher seiner Werte zu wählen ist. Im Teilsystem Wissenschaft z.B. sind Theorien die Programme, die über wahr oder unwahr entscheiden, im Teilsystem Recht die Gesetze oder Verordnungen. Während der Code für die

³⁴ KNEER, GEORG/NOLLMANN, GERD (1997): „Funktional differenzierte Gesellschaft.“ In: KNEER, GEORG/NASSEHI, ARMIN/SCHROER, MARKUS (Hg.) (1997): *Soziologische Gesellschaftsbegriffe. Konzepte moderner Zeitdiagnosen*. München. S. 86.

³⁵ Vgl. auch: LUHMANN, NIKLAS (1986): „'Distinction directives'. Über Codierung von Semantiken und Systemen.“ In: NEIDHARDT, FRIEDRICH/LEPSIUS, RAINER/WEIß, JOHANNES (Hg.): *Kultur und Gesellschaft. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*. Sonderheft 27/1986. S. 145-162.

³⁶ KRAUSE, DETLEF (1996): *Luhmann-Lexikon*. Stuttgart. S. 37.

³⁷ KNEER, GEORG/NOLLMANN, GERD (1997): „Funktional differenzierte Gesellschaft.“ In: KNEER, GEORG/NASSEHI, ARMIN/SCHROER, MARKUS (Hg.) (1997): *Soziologische Gesellschaftsbegriffe. Konzepte moderner Zeitdiagnosen*. München. S. 87.

operative Schließung des sozialen Systems sorgt, ermöglichen die Programme seine gleichzeitige Offenheit für seine Umwelt:

Programmierungen ermöglichen es den operativ geschlossenen Teilsystemen, ihre Umwelt, also Externes, das sich dem Code womöglich nicht fügt, in die eigenen Operationen einzubauen, ohne dabei die eigene binäre Codierung zu verlassen.³⁸

Beispielsweise kann das Teilsystem Wirtschaft auf Veränderungen seiner Umwelt durch andere Teilsysteme wie z.B. der Politik nur wirtschaftlich reagieren, also mittels der Unterscheidung Zahlen/nicht Zahlen. Handelt das politische System etwa politisch und erhöht die Energiesteuern, um der Forderung der Wähler nach einer geschützten Umwelt nachzukommen, reagiert das Wirtschaftssystem in seiner eigenen Logik und verlagert evt. seine Produktionsstandorte ins Ausland oder aber verteuert seine Produkte entsprechend, um den Verlust aufzufangen. An dieser Stelle zeigt sich die operative Differenz zwischen den Teilsystemen, die streng nach eigenen Systemlogiken handeln.³⁹

Mit der grundlegenden Erläuterung der Systemtheorie und ihren Begriffen im ersten Abschnitt sowie der Herausarbeitung der Bedingungen, nach denen sich die funktionale Differenzierung unserer Gesellschaft vollzogen hat, ist das theoretische Fundament für diese Arbeit gelegt. Der Analyse des Gesundheitswesens aus systemtheoretischer Perspektive im nächsten Abschnitt ist damit der Weg geebnet, bevor sich das darauf folgende Teilkapitel mit der Medikalisierung der Gesellschaft als Folge seiner „Hypostasierung“⁴⁰ beschäftigt.

³⁸ KNEER, GEORG/NASSEHI, ARMIN (2000): *Niklas Luhmanns Theorie sozialer Systeme*. 4. unveränderte Auflage. München. S. 133.

³⁹ Diese Tatsache wird in *Abschnitt 2.2.4* dieser Arbeit bei der systemtheoretischen Einordnung der Gesundheitswirtschaft noch eine Rolle spielen, wenn es darum geht, ihre Codierung(en) zu ermitteln

⁴⁰ Unter *Hypostasierung* wird die Ausweitung des Systems verstanden, welches bei seiner Funktionserfüllung möglichst viele Adressaten zu finden beabsichtigt: „Wenn einmal ein Teilsystem der Gesellschaft im Hinblick auf eine spezifische Funktion ausdifferenziert ist, findet sich in diesem System kein Anhaltspunkt mehr für Argumente gegen die bestmögliche Erfüllung der Funktion. Es gibt alle möglichen Hindernisse, Schwierigkeiten, Unzulänglichkeiten und Reibungen – provisorische und dauerhafte – Aber es gibt in Funktionssystemen keine sinnvolle Gegenrationalität, die besagen würde, dass man die Funktion lieber weniger gut erfüllen sollte. *Es ist gerade der Sinn funktionaler Differenzierung, jedem System die Hypostasierung der eigenen Funktion zu erlauben, ja abzuverlangen, und den Ausgleich den System/Umwelt-Interdependenzen des Gesellschaftssystems, das heißt der Evolution zu überlassen.*“ LUHMANN, NIKLAS (1983): „Anspruchsinflation im Krankheitssystem. Eine Stellungnahme aus gesellschaftstheoretischer Sicht.“ In: HERDER-DORNEICH, PHILLIPP/SCHULLER, ALEXANDER (Hg.): *Die Anspruchsspirale. Schicksal oder Systemdefekt*. Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz: Kohlhammer. S. 29/30. Hervorhebung von mir.

2.1.3 Das Gesundheitssystem aus systemtheoretischer Perspektive

Aus dem Blickwinkel der Systemtheorie ist das Gesundheitswesen eines je-
ner funktional differenzierten Teilsysteme. Als solches operiert es selbstrefe-
rentiell und erzeugt sich autopoietisch. Da es sich bei dem Gesundheitswe-
sen um ein soziales System handelt, bestehen seine Operationen aus Kom-
munikationen. Seine binäre Codierung, mit dessen Hilfe es aus dem Fundus
möglicher Anschlusskommunikationen wählt, lautet gesund/krank⁴¹. Die Co-
dierung legt gleichzeitig die Perspektive des Gesundheitssystems auf seine
Umwelt fest, die demgemäß unter den Gesichtspunkten „krank“ oder „ge-
sund“ gefiltert wird. Sämtliche Kommunikation beachtet einzig diese Zweiwer-
tigkeit: Die Kommunikation über z.B. den Sachverhalt, dass Menschen Dro-
gen konsumieren, beachtet nur die krankmachenden Folgen dieses Tuns, die
Frage nach der Erfüllung einer Straftat ist unerheblich und wird ausgeklam-
mert. Bei dieser würde es sich um rechtliche Kommunikation handeln, die
wiederum blind für den gesundheitlichen Aspekt wäre.⁴²

Nun gilt es für das Gesundheitssystem die erste Besonderheit zu beachten:
Normalerweise stellt der Positivwert des Binärcodes die Anschlussfähigkeit
der Operationen sicher, während der Negativwert eine Aussage darüber ent-
hält, wie es theoretisch auch hätte sein können, womit er die Kontingenz der
Möglichkeiten vor Augen führt. Aufgrund dessen wird der Negativwert auch
als „Reflexionswert“ bezeichnet.⁴³ Im Gesundheitssystem sind beide Werte
aber vertauscht, bei „gesund“⁴⁴ besteht kein Handlungsbedarf, nur „krank“
setzt das System in Bewegung:

Nur Krankheiten sind für den Arzt instruktiv, nur mit Krankheiten kann er etwas
anfangen. Die Gesundheit gibt nichts zu tun. Sie reflektiert allenfalls das, was
fehlt, wenn jemand krank ist. Entsprechend gibt es viele Krankheiten und nur eine
Gesundheit.⁴⁵

⁴¹ Der Frage, ob die Codierung gesund/krank heute noch alle Bereiche des Gesundheitssys-
tems abdeckt, wird ebenfalls in *Abschnitt 2.2.4* nachgegangen und ein Alternativvorschlag
unterbreitet.

⁴² Die Verbrechen der Ärzte im Nationalsozialismus lassen sich ebenfalls in der Weise deuten,
dass sie sich nicht an der Codierung moralisch/unmoralisch oder ethisch/unethisch orientier-
ten, sondern einzig an dem Code krank/gesund.

⁴³ LUHMANN, NIKLAS (1990): „Der medizinische Code.“ In: *Soziologische Aufklärung. 5 kon-
struktivistische Perspektiven*. Opladen. S. 183ff.

⁴⁴ Wie sich später bei der Behandlung der zweiten Phase der Medikalisierung der Gesellschaft
herausstellen wird, zielt das Gesundheitssystem im Rahmen seiner Funktionsausweitung bzw.
Hypostasierung nicht länger „nur“ auf die Heilung von Krankheit, sondern auf die generelle
Herstellung von Gesundheit ab.

⁴⁵ Ebd. S. 187.

Für LUHMANN folgt daraus, dass die Medizin keine eigene Reflexionstheorie entwickelt habe, da eine Reflexion über den Negativwert ausgeblieben sei. Es bestand keine Möglichkeit, das System umzucodieren, wie es in anderen Systemen der Fall gewesen ist: Das Wirtschaftssystem hat im Laufe seiner Entwicklung z.B. die Codierung reich/arm durch Kapital/Arbeit ersetzt, das politische System änderte die Formel Regierende/Regierte in Regierung/Opposition um. Der Wert „Gesundheit“ aber ist selbstevident und löst aus diesem Grund keine weiteren Reflektionen darüber aus, wodurch er zu ersetzen sein könnte.⁴⁶

Die zweite Besonderheit leitet sich direkt aus dem Fehlen einer Reflexionstheorie ab und besteht darin, dass das Gesundheitssystem aufgrund seiner starken Umweltfixierung auf den Körper des Menschen über kein eigenes „symbolisch generalisiertes Medium“⁴⁷ verfügt, wie die anderen Teilsysteme. Die Kommunikation der Wirtschaft konstituiert den Gegenstand „Geld“, die der Politik die „Macht“, die Wissenschaft die „Wahrheit“ etc. Das Gesundheitssystem bezog sich dagegen über lange Zeit auf etwas, was nicht dem System zugehörig ist und auch nicht ohne weiteres von ihm autopoietisch hergestellt werden kann: das biologische und psychische System. Ähnlich wie das Erziehungswesen konnte das Gesundheitswesen diese Schwäche zu Beginn nur durch den Kooperationswillen seines außerhalb des Systems liegenden Mediums kompensieren. Erst in der Moderne bestimmt das Gesundheitswesen sein Verhältnis zur „Körperlichkeit“ neu:

[...] das Gesundheitssystem orientiert sich von nun an nicht nur direkt auf Manipulation an der Körperlichkeit des Menschen, sondern zielt in immer stärkerem Ausmaß auf Kommunikationen, die pathologische und körperliche Folgewirkungen haben. In präventiver Orientierung werden nunmehr Kommunikationen zum Inhalts- und Zielpunkt des Gesundheitswesens, [...] ⁴⁸

Wenn die Gesellschaft selbst durch Stress, Leistungsdruck etc. krank macht, so wird die Gesellschaft eben zum Gegenstand der Kommunikation. Mit der Umstellung des Bezugs der Kommunikationen auf Kommunikationen fand die funktionale Ausdifferenzierung des Gesundheitssystems ihren Abschluss.

⁴⁶ „Meine These ist, dass diese Sachlage das historische Faktum eines *Reflexionsdefizits* der Medizin erklärt. [...] Sie konnte davon ausgehen, dass Gesundheit ein unumstrittenes Gut und möglicherweise sogar das höchste Gut in der Gesellschaft ist [...]. LUHMANN, NIKLAS (1990): „Medizin und Gesellschaftstheorie.“ In: *Medizin, Mensch Gesellschaft* 8. S. 172. Auslassungen von mir.

⁴⁷ BAUCH, JOST (1996): *Gesundheit als sozialer Code. Von der Vergesellschaftung des Gesundheitswesens zur Medikalisierung der Gesellschaft*. Weinheim; München. S. 62.

⁴⁸ Ebd. S. 62.

Ansonsten verfügt das Gesundheitssystem über einen identischen Struktur-
aufbau wie andere Teilsysteme: Die Diagnose- und Therapieverfahren sind
die Programme des Gesundheitssystems, die über die Zuordnung zu einem
Codewert entscheiden. Wie beschrieben lässt sich externer Sinn, wie z.B. die
Forderung nach wirtschaftlicher Effizienz, in die Programmierung implemen-
tieren, die eigentliche Codierung bleibt aber unangetastet. Apotheken, Arzt-
praxen oder Krankenhäuser zählen zu den Organisationen des Gesundheits-
systems, die durch die Einprägung der spezifischen Systemstrukturen maß-
geblich an dessen Reproduktion beteiligt sind. Die Mitgliedschaft in Organisa-
tionen ist immer an Bedingungen geknüpft, welche die Handlungsabläufe in
ihnen festlegen und damit berechenbar machen. Deren Verlässlichkeit wird
über die Fixierung in Satzungen oder Verträgen sichergestellt.

Auf diese Weise versucht das Gesundheitswesen möglichst viele Adressaten
für sich zu finden bzw. möglichst viele „Personen“ an seiner Kommunikation
teilhaben zu lassen. „Personen“ bezeichnen nach LUHMANN Teilaspekte eines
Menschen, die für das jeweilige soziale System relevant sind. Die Strukturen
seiner Kommunikationen sezieren lediglich den Aspekt aus der Einheit, die
das psychische und biologische System bildet, heraus, den es braucht. Im
Krankenhaus beispielsweise interessiert nur die Person „Patient“, nicht aber
seine übrigen personalen Eigenschaften, z.B. welchen Beruf er ausübt, ob er
in seiner Freizeit malt etc.⁴⁹ *Inkludierte*⁵⁰ Personen sind u.a. Ärzte, Kranken-
schwestern, Kassenangestellte etc. Durch die rollenspezifische Teilhabe an
der Kommunikation des Gesundheitssystems sind die psychischen Systeme
strukturell daran gekoppelt, womit sie sich interpenetrieren können. Da beide
einander Umwelt sind, sind sie in der Lage, eine Änderung in der Struktur des
jeweils anderen zu bewirken⁵¹. Wenn z.B. der demografische Wandel über
die Irritation der psychischen Systeme zur Ausbildung neuer Formen der In-
klusion und damit Strukturänderungen im System führt, kann man von ge-

⁴⁹ Charakteristisch für moderne Gesellschaften ist die gleichzeitige Zugehörigkeit zu verschie-
denen Teilsystemen, etwa der Wirtschaft, der Wissenschaft etc. Hierauf läuft auch die These
hinaus, dass die Inklusion bzw. Teilhabe in einem bestimmten Teilsystem an die Vorausset-
zung geknüpft ist, bereits anderswo inkludiert zu sein. Wie noch gezeigt werden wird, hängt
davon auch u.a. der Erfolg der Gesundheitswirtschaft ab.

⁵⁰ „Inklusion bezeichnet die Teilhabe von Personen an bestimmten Kommunikationen.“ KNEER,
GEORG/NASSEHI, ARMIN (2000): *Niklas Luhmanns Theorie sozialer Systeme*. 4. unveränderte
Auflage. München. S. 165. *Exklusion* meint dementsprechend die Nicht-Teilhabe an Kommu-
nikationen. Hat man etwa keinen Ausweis, ist man von Sozialleistungen ausgeschlossen,
kann nicht wählen, kann nicht legal heiraten etc. Vgl. LUHMANN, NIKLAS (1995): „Inklusion und
Exklusion“. In: *Soziologische Aufklärung 6. Die Soziologie und der Mensch*. Opladen. S.
259/260.

⁵¹ Wohlgedenkt über Störungen, eine bewusste, kausale Beeinflussung ist nicht möglich.

glückter Ko-Evolution sprechen.⁵² Das Gesundheitssystem ist an verschiedene Teilsysteme strukturell gekoppelt, etwa dem Bildungswesen, welches das Personal hervorbringt, welches die Organisationen besetzt. Oder die Wirtschaft, welche die Ressource „Geld“ liefert.

Wie im vorangegangenen Abschnitt geschildert wurde, ist die moderne Gesellschaft polykontextural und verfügt somit über keine sie einende Identität. Ihre teilsystemischen, auf ihren Code ausgelegten Weltansichten schließen einander aus, was nicht ohne Folge für die Gesamtgesellschaft bleibt:

Denn mit der sinnhaften Geschlossenheit der gesellschaftlichen Teilsysteme ist gleichzeitig ein immanenter Trend zum *Wachstum* verknüpft, d.h. alle gesellschaftlichen Teilsysteme tendieren zu einer möglichst umfassenden Inklusion gesellschaftlicher Problemlagen, die im Sinne der jeweiligen Codierung abgearbeitet werden können.⁵³

Die aus dem steigenden Wachstum resultierenden negativen Folgewirkungen für die Integration der Gesellschaft, wie die drohende Verselbstständigung der Systeme, können an dieser Stelle nicht weiter vertieft werden. Allerdings zeigt sich genau jener Prozess für die Ausweitung des medizinischen Codes auf fast alle Lebensbereiche verantwortlich. In der Logik des Systems spricht kein Grund dagegen, seine Funktion weniger gut zu erfüllen, so dass es zu einer „*Hypostasierung*“ oder auch Massenprojektion dieser kommt. Aufgrund des Fehlens einer den eigenen Code eindämmenden Autorität, wie sie in der stratifikatorischen Gesellschaft noch existierte, wird „die funktional ausdifferenzierte Systemsicht [...] wie ein Netz über möglichst weite gesellschaftliche Bereiche hinausgeworfen.“⁵⁴ Mit der Hypostasierung des medizinischen Codes lässt sich demnach die allmähliche Funktionsausweitung des Gesundheitssystems erklären, die schließlich in der Medikalisierung der Gesellschaft mündete, die ihren vorläufigen Höhepunkt heute im so genannten „Healthismus“ gefunden hat.

Mit jener Medikalisierung setzt sich das nächste Kapitel eingehender auseinander, da sich mit ihrer Hilfe die Ausweitung unseres heutigen Verständnisses von Gesundheit und Krankheit nachvollziehen lässt. Aber auch die immens gestiegene Nachfrage nach Gesundheitsleistungen, die sich z.B. im Konsum „gesunder“, vitaminreicher, cholesterinärmer Ernährung oder in Fit-

⁵² HARTMANN, ANJA K. (2002): *Zwischen Differenzierung und Integration. Die Entwicklung des Gesundheitssystems in den Niederlanden und in der Bundesrepublik*. Opladen. S. 28.

⁵³ Ebd. S. 38. Hervorhebung von mir.

⁵⁴ BAUCH, JOST (1996): *Gesundheit als sozialer Code. Von der Vergesellschaftung des Gesundheitswesens zur Medikalisierung der Gesellschaft*. Weinheim; München. S. 56.

nessaktivität widerspiegelt, lässt sich systemtheoretisch auf die erfolgreiche Diffusion des medizinischen Codes zurückführen. Im Anschluss daran wird die Frage diskutiert, wie die Gesundheitswirtschaft systemtheoretisch zu verorten ist.

2.2 Der Zusammenhang zwischen der Medikalisierung der Gesellschaft und der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen

2.2.1 Die erste Phase der Medikalisierung der Gesellschaft am Beispiel der Schwangerschaft

Im Zuge der funktionalen Differenzierung wurde die Gesellschaft *medikalisiert*, d.h. dass die Zuständigkeit für bestimmte gesellschaftliche Bereiche, die vormals in den Händen anderer Institutionen lag, in die des neu entstehenden Gesundheitssystems wanderte. Als sich z.B. die Religion noch für Krankheit verantwortlich fühlte, galten kranke Menschen als verhext oder besessen, waren die Symptome ihrer Krankheiten die Folge ihres sündigen Lebens. Dementsprechend waren es Priester, die bis ins 18. Jahrhundert hinein an ihrem Krankenbett bzw. Totenlager wachten und Gott um Hilfe riefen. Die Pflege und Betreuung übernahm währenddessen die Familie, die wie der Kranke selbst diesen Zustand als Schicksal hinnehmen musste.⁵⁵ BAUCH datiert die allmähliche Herauslösung der Zuständigkeit für Krankheit aus der Verantwortung der Religion und Politik auf die frühbürgerliche/spätabolutistische Zeit um ca. 1750.⁵⁶

Im Übergang von der stratifikatorisch zur funktional differenzierten Gesellschaft begünstigte der Rationalisierungsbedarf der modernen Gesellschaft die Entwicklung eines eigenen Gesundheitssystems: „Gesundheit war die Voraussetzung für die Realisation des Leistungsethos, das im Rahmen der gesellschaftlichen Rationalisierung gefragt war.“⁵⁷ Nur der gesunde Mensch konnte das neue Arbeitsethos, durch welches sich die bürgerliche Gesellschaft zu legitimieren versuchte, verwirklichen. Die Gesundheit der Untertanen, quasi die Sicherung und „Reinhaltung“ der Bevölkerung, wurden zu einem der obersten Ziele des noch jungen, um Anerkennung ringenden Staa-

⁵⁵ HARTMANN, ANJA K. (2002): *Zwischen Differenzierung und Integration. Die Entwicklung des Gesundheitssystems in den Niederlanden und in der Bundesrepublik*. Opladen. S. 38.

⁵⁶ BAUCH, JOST (1996): *Gesundheit als sozialer Code. Von der Vergesellschaftung des Gesundheitswesens zur Medikalisierung der Gesellschaft*. Weinheim; München. S. 21 und 23.

⁵⁷ Ebd. S. 21 Vgl. auch HARTMANN, ANJA K. (2002): *Zwischen Differenzierung und Integration. Die Entwicklung des Gesundheitssystems in den Niederlanden und in der Bundesrepublik*. Opladen. S. 39.

tes.⁵⁸ Um sein Vorhaben in die Tat umzusetzen, musste er seiner Untertanen jedoch zunächst habhaft werden:

Um Gesundheit als Voraussetzung für die Realisierung der sich etablierenden Leistungsgesellschaft sicherzustellen, waren zum einen Strukturen für eine funktionsspezifische Arbeitsweise zu schaffen, zum anderen mussten diesem neuen System auch *Zugriffssicherheiten* auf weite gesellschaftliche Bereiche ermöglicht werden.⁵⁹

Die Herausbildung von Zugriffsstrukturen auf die Körper der Menschen kennzeichnet BAUCH zufolge die erste Phase der Medikalisierung.⁶⁰ Zu diesem Zweck wurde die Ärzteschaft der frühbürgerlichen Gesellschaft in die privilegierte Position einer „medizinischen Polizey“ versetzt, die fortan über die Bevölkerung zu wachen hatte. Mit dem Aufstieg der Ärzte in den Stand der staatlichen Beamten ist ein exklusiver Zugang zu ihrer Klientel verbunden gewesen, welcher der Professionalisierung und Verwissenschaftlichung ihres Berufsstandes Vorschub leistete. Diese wiederum gehören zu den Voraussetzungen für die Entstehung eines eigenen funktionalen Teilsystems.

Ein gutes Beispiel für die erste Phase der Medikalisierung ist die Herauslösung der Schwangerschaft aus ihrem traditionellen Verantwortungsbereich und Überführung in den medizinischen: Aus der Fähigkeit, Kinder zu gebären, resultiert für die Frauen fast zwangsläufig der Bedarf nach einer heilkundlichen Zuwendung. Aus der Notwendigkeit heraus hat sich ein zumeist vor allem weibliches Expertinnenwissen entwickelt, welches zu Anfang von so genannten „weisen Frauen“ oder „Baderinnen“ gesammelt und weitergegeben wurde. Darin kumulierte das Wissen um die „richtigen“ heilkundlichen Griffe, helfenden Kräutern, aber auch um Drogen und schützende Magie.⁶¹ In der Weltsicht der Kirche – die ihre Umwelt unter dem Code moralisch/unmoralisch filterte – gerieten diese Frauen schnell in den Verdacht, Hexenwerk zu betreiben. Ihr Wissen wurde, wie auch das der damaligen jüdi-

⁵⁸ Im Übergang vom sog. „Personenverbandsstaat“/„Patrimonialstaat“ hin zum „institutionellen Flächenstaat“ bedurfte es einer Begründung der Notwendigkeit der Existenz des absolutistischen Staats. Diese begründete man wie folgt: Wenn die Menschen sich seiner Räson unterwürfen, so wolle der Staat das naturgegebene Streben der Menschen nach Glück zu seinem machen und das „Gemeinwohl“ zum Ziel haben. Da das Volk jedoch nicht unbedingt sein „Bestes“ vom Schädlichen zu unterscheiden weiß, kümmert sich der Staat um die Ergreifung der richtigen Mittel.

⁵⁹ HARTMANN, ANJA K. (2002): *Zwischen Differenzierung und Integration. Die Entwicklung des Gesundheitssystems in den Niederlanden und in der Bundesrepublik*. Opladen. S. 39. Hervorhebung von mir.

⁶⁰ BAUCH, JOST (1996): *Gesundheit als sozialer Code. Von der Vergesellschaftung des Gesundheitswesens zur Medikalisierung der Gesellschaft*. Weinheim; München. S. 22.

⁶¹ SPERLING, UTE (1994): „Schwangerschaft und Medizin. Zur Genese und Geschichte der Medikalisierung des weiblichen Gebärvermögens.“ In: *Jahrbuch für kritische Medizin* 23. *Gesundheitskult und Krankheitswirklichkeit*. Hamburg. S. 9.

schen Chirurgen, als Aberglaube gebrandmarkt. Die bis dato gesammelten Erkenntnisse in der Antike und arabischen Welt wurden dem christlichen Dogma angepasst und dabei auch verfälscht. Die Universitäten hatten den Duktus der Forschungsverbote und genereller Tabus, welche die christliche Weltsicht und Sexualmoral diktierten:

Der weibliche Körper, das Menstruationsblut, der Wochenfluss galten als unrein. Die damit in Berührung kommenden Berufsgruppen blieben von der akademischen Medizin ausgeschlossen oder marginalisiert.⁶²

Die Vorläuferinnen der Hebammen liefen somit ständig Gefahr, für ihr Wissen auf dem Scheiterhaufen zu brennen, denn neben den Kenntnissen um die bloße Fortpflanzung besaßen sie zudem Einsicht in Dinge wie Verhütung, Abtreibung und Fruchtbarkeit. Aus ihrem überlieferten Wissen ist der Beruf der Hebamme hervorgegangen. Auch in der frühbürgerlichen Zeit war der Blick auf die Schwangerschaft vom Denken einer im moralischen Sinne „richtig“ oder „falsch“ gelebten Sexualität geprägt, was sich z.B. darin äußerte, dass Hebammen als Sachverständige geladen wurden, wenn es darum ging, den Erzeuger bzw. „Verführer“ gerichtlich zu belangen. Die Hebammen hatten gewissermaßen das Monopol auf den Vorgang der Geburt, das sich auch in ihrer gesellschaftlichen Stellung widerspiegelte: In vielen Gemeinden wurde bis ins 19. Jahrhundert hinein die Hebamme von den Frauen des Dorfes gewählt. Vielerorts war sie Teil des öffentlichen Gesundheitswesens und unterstand den örtlichen Obrigkeiten.⁶³ Männer und damit Ärzte hatten bis zur Einführung der medizinischen Polizei keinen Zugang zu diesem Bereich. Plötzlich aber hatte der Staat ein bevölkerungspolitisches Interesse an seinen Untertanen, was sich in der Verfolgung der „heimlich“ Schwangeren zeigte, da man unehelichen Kindern vorbeugen wollte, die eher zur Verwahrlosung als zur neuen Gesellschaftsform beitrügen. Mit der Erfindung der „Bevölkerung“ ersann man gleichzeitig die dazugehörigen Bedrohungen, wie Michel Foucault eindrucksvoll herausgearbeitet hat:

[...] neue Figuren treten [...] auf den Plan: die nervöse Frau, die frigide Gattin, die gleichgültige oder von mörderischen Obsessionen gequälte Mutter, der impotente, sadistische oder perverse Gatte, die hysterische oder neurasthenische⁶⁴

⁶² SPERLING, UTE (1994): „Schwangerschaft und Medizin. Zur Genese und Geschichte der Medikalisierung des weiblichen Gebärvermögens.“ In: *Jahrbuch für kritische Medizin* 23. *Gesundheitskult und Krankheitswirklichkeit*. Hamburg. S. 10.

⁶³ Ebd. S. 11.

⁶⁴ asthenisch = zart gebaut; neurasthenisch = nervenschwach.

Tochter, das frühreife oder bereits erschöpfte Kind⁶⁵, der junge Homosexuelle, der die Ehe verweigert oder seine Frau vernachlässigt⁶⁶

An der Sexualität und damit auch Schwangerschaft knüpfte die damalige Medizin aus Sorge um die Reinheit des Blutes bzw. der Bevölkerung an Krankheiten wurden überwacht und in Stammbäumen zurückverfolgt. Die Erklärung für Homosexualität oder Exhibitionismus wurde z.B. mit einer Krankheit eines Vorfahren (Schwindsucht, Schwachsinn, Lähmung etc.) begründet. Die medizinische Polizei erstellte Vorschriften für die Hebammen, wie dem Säuglingstod vorzubeugen sei, da der junge Staat Nachwuchs für Armee, Landwirtschaft und Arbeitshäuser benötigte.⁶⁷ Im Kampf gegen den Geburtenrückgang, der unter den Schlagwörtern „Gebärstreik“ oder „Abtreibungsseuche“ diskutiert wurde, dienten sich die Ärzte erfolgreich an, da sie zwischen natürlichem oder künstlichem Schwangerschaftsabbruch unterscheiden konnten. Nach und nach wurden die Hebammen ihres Monopols beraubt, indem die Ärzteschaft sich ihre Ausbildung auf Grundlage eines nicht zuletzt durch sie gewonnenen Expertenwissens zu Eigen machte. Gleichzeitig verlagerte sich das Gebärgeschehen in die gerade aus den Armenasylen entstandenen Krankenanstalten oder Hebammenlehranstalten, wo sowohl Hebammen als auch vor allem die Patientinnen dem ungehinderten von „obrigkeitsstaatlich autoritären Machtgestus“⁶⁸ geprägten Zugriff der Ärzte ausgeliefert waren. Dort ließen die Ärzte ihrem Forscherdrang freien Lauf und sammelten ihr Wissen, mit dem sie sich zunehmend von den Laien der damaligen Zeit absetzen konnten. Im Übergang vom 19. zum 20. Jahrhundert hatten sich daraus die ersten gynäkologischen Fachabteilungen entwickeln können. Den Durchbruch schafften diese, nachdem die Entbindung in den Leistungskatalog der Sozialversicherung aufgenommen wurde. Zuvor begaben sich die Frauen nur

⁶⁵ Man ging davon aus, dass dem Mann nur eine bestimmte Zahl von Samenergüssen zu Verfügung stand, um Nachkommen zu zeugen. Daher wurde streng darauf geachtet, dass der pubertierende Jüngling seinen Samen nicht vorzeitig oder anderweitig durch Onanie „verschwendete“.

⁶⁶ FOUCAULT, Michel (1983): *Der Wille zum Wissen. Sexualität und Wahrheit I*, Frankfurt. S.133.

⁶⁷ Die bürgerliche Gesellschaft mit ihrem Leistungsethos und daraus resultierenden Anforderungen an die Bevölkerung machte es erforderlich, dass das Individuum *diszipliniert* wurde; der individuelle Körper ist dressiert worden, um seine Kraft und Ausdauer zu erhöhen. Foucault spricht von der Einschreibung des erwünschten Verhaltens in das Individuum auch von *Disziplinarmacht*. Vgl. FOUCAULT, Michel (1983): *Der Wille zum Wissen. Sexualität und Wahrheit I*, Frankfurt; Vgl. auch: HILLEBRAND, FRANK (1997): „Disziplinargesellschaft.“ In: Kneer, Georg/Nassehi, Armin/Schroer, Markus (Hg.) (1997): *Soziologische Gesellschaftsbegriffe. Konzepte moderner Zeitdiagnosen*. München.

⁶⁸ SPERLING, UTE (1994): „Schwangerschaft und Medizin. Zur Genese und Geschichte der Medikalisierung des weiblichen Gebärvermögens.“ In: *Jahrbuch für kritische Medizin 23. Gesundheitskult und Krankheitwirklichkeit*. Hamburg. S. 12.

notgedrungen in eine solche Klinik, die keinen anderen Platz für die Niederkunft ihres Kindes finden konnten. Als Gegenleistung für Hilfe, Kost und Logis mussten sie Putzarbeiten verrichten oder sich für Lehrzwecke zu Verfügung stellen. Die besser gestellten Frauen aus dem Bürgertum, die sich einen Hausarzt leisten konnten, wurden hingegen umworben:

So finden wir seit dem 18. Jahrhundert die Gestalt des Arztes nicht nur als Vorkämpfer für ein öffentliches Gesundheitswesen und als Protagonisten für die klinische Forschung, sondern auch als väterlichen Freund der bürgerlichen Familie und Ratgeber jener Frauen, deren neu definierter „Beruf“ die Mutterschaft sein sollte. Die bürgerlichen Frauen sind empfänglich für diese „Medikalisierung“ von Schwangerschaft und Mutterschaft.⁶⁹

Schließlich hatte sich seit Ende des 19. Jahrhunderts die Gynäkologie soweit als Profession etabliert und die Hebammen auf das Land oder in kleinere Städte verdrängt, dass diese um ihre Existenz fürchten mussten. Zynischerweise wurde diese 1938 durch das NS-Regime gesichert, welches den Beruf reglementierte und festschrieb, dass zu jeder Klinikgeburt eine Hebamme hinzuzuziehen sei, da jene an der Aussortierung „unwerten“ Lebens mitzuhelfen hatte.

Das Beispiel illustriert, wie die ursprünglich in der eigenverantwortlichen Lebenssphäre verhaftete Schwangerschaft allmählich – von der Religion auf diesem Weg noch touchiert – von dem sich gerade differenzierenden Gesundheitssystem geschluckt wird. Wesentlich dafür waren die einhergehende *Professionalisierung* des Berufsstandes und die *Verwissenschaftlichung* der Medizin.

Die Einsetzung in den Rang einer medizinischen Polizei kam daher einer immensen sozialen Aufwertung gleich. Sie erlaubte es den Medizinerinnen zudem ein Expertenwissen anzulegen und ihren Status soweit zu festigen, dass sie 1848 in der Medizinalreformbewegung den Schritt aus der bis dahin genossenen Obhut des Staats wagen konnten. Zwar verzichteten sie auf das Privileg, das alleinige Ausübungsrecht medizinischer Tätigkeiten inne zu haben, dafür aber befreiten sie sich vom damaligen Paragraphen 200 des preußischen Strafgesetzbuches, welches sie unter „Kurierzwang“ setzte und bei Zuwiderhandlungen mit einer Geldstrafe von bis zu 500 Talern belegte.⁷⁰ Mit dem Expertenwissen und dem Ansehen, das sie in der Zeit der Anlehnung an

⁶⁹ SPERLING, UTE (1994): „Schwangerschaft und Medizin. Zur Genese und Geschichte der Medikalisierung des weiblichen Gebärvermögens.“ In: *Jahrbuch für kritische Medizin* 23. *Gesundheitskult und Krankheitswirklichkeit*. Hamburg. S. 13.

⁷⁰ BAUCH, JOST (1996): *Gesundheit als sozialer Code. Von der Vergesellschaftung des Gesundheitswesens zur Medikalisierung der Gesellschaft*. Weinheim; München. S. 27.

den Staat gewonnen hatten, strebten sie nun weitgehende Autonomie an. Die sich daraus ergebende Notwendigkeit zur Selbstverwaltung schließt den Prozess der Professionalisierung ab, denn ab diesem Zeitpunkt arbeitete das Gesundheitssystem selbstreferentiell.

Im Zuge der *Verwissenschaftlichung* der Medizin tritt der Kranke zugunsten der Krankheit zunächst in den Hintergrund, letztere wurde entsubjektiviert. Es galt, die Krankheiten ihrem zugeschriebenen Wesen nach zu ordnen, zu systemisieren und zu klassifizieren, womit der Weg zu einer naturwissenschaftlichen Betrachtung eingeschlagen wurde. Ähnlich wie in der Botanik ordnete man Krankheiten nach ihren Symptomen unterschiedlichen Gattungen, Ordnungen oder Familien zu. Dementsprechend wurde die Medizin zu einer „Handlungswissenschaft mit Erfolgszwang“⁷¹, die sich der Krankheit auf experimentellem Wege nähert. Der damalige Ort für diese Art der Krankenbeobachtung war das Krankenbett, von dessen Seite aus der Arzt der Krankheit beim „Reifen“ zusah und so Wissen über sie ansammelte. Im Laufe der Zeit wandert der Blick von der Oberfläche tiefer in den Körper hinein, wodurch mit ihm die Lokalität wechselt:

Wenn Beobachtung, Experiment und Statistik für die Identifizierung und Etikettierung von Krankheit wichtig werden, dann ist nicht mehr das Haus der Familie, dann ist das Hospital der Ort der „Bearbeitung“ von Krankheit. Das Hospital wird zum Ort der Herausbildung eigener Systemreferenzen des Medizinsystems.⁷²

Das Gesundheitssystem bildet mit den Hospitälern seine ersten Organisationen aus, in denen das Expertenwissen gesammelt wird. Bereits im Jahr 1864 wurde in Baden die erste Ärztekammer gegründet.⁷³ Aus den „Brüderbüchsen“ der Handwerksgesellen und Knappschaftskassen der Bergarbeiter im 16. Jahrhundert hatten sich im 19. Jahrhundert die heutigen Krankenkassen entwickelt, welche für die funktionale Autonomisierung des Gesundheitssystems stehen, da sie allein Gesundheit oder Krankheit zum Gegenstand haben.

Die Medikalisierung der Gesellschaft ist demnach das Ergebnis der funktionalen Differenzierung des Gesundheitssystems, das sich zunächst der sich entwickelnden bürgerlichen Gesellschaft andiente und mit deren Hilfe professio-

⁷¹ BAUCH, JOST (1996): *Gesundheit als sozialer Code. Von der Vergesellschaftung des Gesundheitswesens zur Medikalisierung der Gesellschaft*. Weinheim; München. S. 34. Ferner: HARTMANN, ANJA K. (2002): *Zwischen Differenzierung und Integration. Die Entwicklung des Gesundheitssystems in den Niederlanden und in der Bundesrepublik*. Opladen. S. 40.

⁷² Ebd. S. 36.

⁷³ Ebd. S. 29.

nalisieren, verwissenschaftlichen und schließlich autonomisieren konnte. Das Beispiel der Medikalisierung der Schwangerschaft deutete die erfolgreiche Inklusionspolitik des Gesundheitssystems bereits an, welche die zweite Phase der Medikalisierung einläutete, die im folgenden Abschnitt weiter vertieft wird.

2.2.2 Die Ausweitung des Verständnisses von Krankheit und Gesundheit als Folge der Hypostasierung des Gesundheitssystems

Lange Zeit bildete die Konzentration des Gesundheitssystems auf den menschlichen Körper den „Flaschenhals“ für die funktionale Differenzierung, welcher die endgültige Transformation in ein autonomes gesellschaftliches Teilsystem drosselte. Dies änderte sich, als nicht mehr der Körper, sondern auch die Gesellschaft selbst als Auslöser für Krankheit in den Mittelpunkt des Interesses rückte. Das Gesundheitssystem stieg erst durch die Umstellung seiner Operationen auf Kommunikationen zu einem vollwertigen gesellschaftlichen Teilsystem auf. Die Konsequenz daraus ist der Versuch des Systems, möglichst viele Bereiche der Gesellschaft per Inklusion an seinen Kommunikationen Teil haben zu lassen. In diesem Zusammenhang ist der Ausbreitung des Gesundheitssystems ein gewaltiger Schub widerfahren, wie die Ausweitung des Krankheitsspektrums eindrucksvoll dokumentiert: Machten noch zu Anfang unseres Jahrhunderts die epidemischen und meist schnell den Tod nach sich ziehenden Infektionskrankheiten (Typhus, Tuberkulose, Lungenentzündung etc.) den Hauptanteil an den Sterbefällen aus, entfallen heute mehr als drei Viertel der – oftmals als vermeidbar angesehenen Sterbefälle – auf die Todesursachen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Karzinome, Krankheiten der Atmungsorgane und Unfälle im mittleren und jüngeren Alter. Außerdem ist die Zahl der nicht zum Tode führenden chronisch-degenerativen Krankheiten angewachsen, zu denen z.B. degenerative Muskel- Skeletterkrankungen zählen.⁷⁴ Dazu gesellen sich psychosomatische sowie psychische Beschwerden, aber auch andere „Zivilisationskrankheiten“ wie Allergien, Verschleiß oder Asthmabronchiale.⁷⁵ Die Ursachen für letztere Krankheiten werden nicht mehr im Körper des Kranken gesucht, sondern mit *sozialen Tatbeständen* in Verbindung gebracht, wie etwa dem Arbeits- und Wohnum-

⁷⁴ KÜHN, HAGEN (1998): „Gesundheit/Gesundheitssystem.“ In: SCHÄFERS, BERNHARD/ZAPF, WOLFGANG (Hg.): *Handwörterbuch zur Gesellschaft Deutschlands*. Opladen. S. 265.

⁷⁵ HARTMANN, ANJA K. (2002): *Zwischen Differenzierung und Integration. Die Entwicklung des Gesundheitssystems in den Niederlanden und in der Bundesrepublik*. Opladen. S. 43.

feld oder generellen Umweltbelastungen wie Smog, Lärm etc. Der bei deren Bewältigung ausgelöste Stress ist nicht nur physisch messbar (Ausschüttung von Hormonen, kurzfristige Leistungssteigerung etc.), sondern bewirkt zudem psychische Reaktionen, die unter Umständen als Mitauslöser von Krankheiten gelten („*burning out*-Syndrom, Entfremdungstendenzen, schlechtes Arbeitsklima etc.).⁷⁶ Aber auch die Lebensgewohnheiten wie Ernährung, Bewegung oder die Anzahl der sozialen Kontakte werden zur Erklärung herangezogen. Parsons weist darauf hin, dass die in der kapitalistischen Gesellschaft ständig herrschende Konkurrenzsituation und die daraus resultierenden Versagensängste ebenfalls eine krankmachende Wirkung hätten, da das Individuum an seinen Rollenerwartungen förmlich zerbricht.⁷⁷ Mit dieser Feststellung knüpft er an die Ausführungen Elias' an, der in der Moderne ebenfalls vor allem psychische Belastungen als Hauptursache für den die Gesundheit schädigenden Stress sieht. In der vormodernen Gesellschaft wurde noch physische Gewalt als Hauptbedrohung empfunden, in der höfischen Gesellschaft war dies primär die Angst vor dem Statusverlust, während heute existentielle Unsicherheiten und Risiken unser Verhalten bestimmen, wie die Furcht vor einem Atomkrieg, dem sozialen Abstieg oder Umweltkatastrophen.⁷⁸

Auf dieser Grundlage weitet das Gesundheitswesen seine Funktionen beinahe ins Unermessliche aus, indem „[...] gesellschaftliche Problemlagen direkt in die Zuständigkeit des Systems überführt werden.“⁷⁹ Für BAUCH stellt dies die zweite Phase der Medikalisierung dar, in der alles auf seine gesundheitliche Relevanz hin überprüft und aus der Perspektive des Codes gesund/krank betrachtet wird. Zwangsläufig wächst der Zuständigkeitsbereich des Gesundheitssystems proportional zu den mit dem Etikett „krank“ versehenen Phänomenen:

⁷⁶ Badura/Strodtholz fassen wie folgt zusammen: „Der Stressprozess wirkt unspezifisch als Kofaktor bei der Entstehung zahlreicher [...] Krankheiten. Er ist ein wesentliches Verbindungsglied zwischen Gesellschaft und Gesundheit. [...] Das Stress die seelische und somatische Gesundheit beeinflusst, ist heute unbestritten.“ BADURA, BERNHARD/STRODTHOLZ, PETRA (1998): „Soziologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften.“ In: HURRELMANN, KLAUS/LAASER, ULRICH (Hg.): *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. Weinheim/München. S. 156/157.

⁷⁷ SCHNABEL, PETER-ERNST/HURRELMANN, KLAUS (1999): „Sozialwissenschaftliche Analyse von Gesundheitsproblemen.“ In: HURRELMANN, KLAUS (Hg.): *Gesundheitswissenschaften*. Heidelberg. S. 101.

⁷⁸ JOAS, HANS (2001): *Lehrbuch der Soziologie*. Frankfurt. S. 370.

⁷⁹ HARTMANN, ANJA K. (2002): *Zwischen Differenzierung und Integration. Die Entwicklung des Gesundheitssystems in den Niederlanden und in der Bundesrepublik*. Opladen. S. 43.

Daher ist also auch die Agoraphobie eine Krankheit, weil man sich nicht vor offenen Plätzen fürchten soll. Homosexualität ist eine Krankheit, weil die gesellschaftliche Norm nun einmal die Heterosexualität ist. Scheidung ist eine Krankheit, weil sie das Scheitern der Ehe signalisiert.⁸⁰

Letztlich wird damit jedes abweichende Verhalten als „krank“ titulierbar, womit das Gesundheitssystem die Zuständigkeit für sich beanspruchen kann. Seine fortwährende Funktionsausweitung – seine Hypostasierung – ist die Folge.⁸¹ Daneben aber vollzieht es einen weiteren Kunstgriff, der schließlich alle Dämme brechen lässt: Wurde zunächst der Krankheitsbegriff immer weiter ausgedehnt, um den Verantwortungsbereich vergrößern zu können, wird nun die Herstellung von Gesundheit selbst zum Ziel erhoben. Nicht mehr die Heilung von Krankheit, die notwendigerweise eine Endlichkeit besitzt, sondern das beliebig steigerbare generelle Wohlbefinden soll verwirklicht werden. Die Definition der *World Health Organization* spiegelt diesen Anspruch wider, nach der „Gesundheit [...] ein Zustand vollständigen physischen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht die bloße Abwesenheit von Krankheit und Gebrechlichkeit [ist].“⁸² Unter dem Schlagwort „Sozio-Epidemik“ werden plötzlich gesellschaftliche Felder wie Ökologie, Umwelt und Naturschutz inkludiert⁸³, um das Wohlbefinden der Menschen sicherzustellen bzw. ihre Gesundheit präventiv zu erhalten.

2.2.3 Die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen als Folge der Individualisierung des Gesundheitsdiskurses

Wie bereits in *Abschnitt 2.1.2* erwähnt, verfügt die moderne Gesellschaft in Folge ihrer Ausdifferenzierung über „kein Zentrum und keine Spitze“⁸⁴ und damit keine festen Instanzen mehr, welche die alleinige Definitionsmacht über

⁸⁰ SZASZ, THOMAS S. (1964): *The myth of mental illness*. New York. S. 44ff. Zitiert nach: BAUCH, JOST (1996): *Gesundheit als sozialer Code. Von der Vergesellschaftung des Gesundheitswesens zur Medikalisierung der Gesellschaft*. Weinheim; München. S. 65.

⁸¹ „Die Verlagerung des Schwerpunktes von Infektionskrankheiten auf Zivilisationskrankheiten, also auf Krankheiten, die auch schwer zu kontrollierende Weise als Resultat der Lebensführung auftreten, erweitert den Relevanzbereich des Systems auf die gesamte Lebensführung. Fast müsste man sagen: jeder ist krank, weil jeder sterben wird.“ LUHMANN, NIKLAS (1990): „Der medizinische Code.“ In: *Soziologische Aufklärung. 5 konstruktivistische Perspektiven*. Opladen. S. 190.

⁸² BÄCKER, GERHARD; BISNICK, REINHARD U.A. (2000): *Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland, Bd. 2: Gesundheit und Gesundheitssysteme, Familie, Alter, Soziale Dienste*. S. 22. Einfügung von mir.

⁸³ Zum Zusammenhang von *Gesellschaft, Krankheit und Gesundheit* siehe auch: BADURA, BERNHARD/STRODTHOLZ, PETRA (1998): „Soziologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften.“ In: HURRELMANN, KLAUS/LAASER, ULRICH (Hg.): *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. Weinheim/München.

⁸⁴ KNEER, GEORG/NOLLMANN, GERD (1997): „Funktional differenzierte Gesellschaft.“ In: KNEER, GEORG/NASSEHI, ARMIN/SCHROER, MARKUS (Hg.) (1997): *Soziologische Gesellschaftsbegriffe. Konzepte moderner Zeitdiagnosen*. München. S. 86.

einen Sachverhalt für sich reklamieren könnten. Jedes Ereignis wird von den verschiedenen Teilsystemen mit ihren jeweils eigenen Sinnverarbeitungsregeln beobachtet. Das daraus resultierende Fehlen von verbindlichen allgemeingültigen Vorgaben in der Gesellschaft führt zu einer Pluralisierung der Werte und Lebensstile, die das Individuum zwingen, sich im Rahmen seiner Möglichkeiten aus einer Anzahl von Wahloptionen die jeweils für sich als geeignet angesehenen auszusuchen. Die Steigerung der persönlichen Entfaltungsmöglichkeiten bei gleichzeitigem Verschwinden traditioneller gesellschaftlicher Strukturen kennzeichnet den Prozess der Individualisierung.⁸⁵ Sie ermöglicht es dem Individuum, sich einerseits von Vorgaben zu lösen und ausgetretene und vielleicht auch als beengend empfundene Pfade der Lebensführung zu verlassen, andererseits ist aber nicht vor Entscheidungen gefeit, die im Nachhinein als „falsch“ empfundenen werden. Der so gewonnene Spielraum wird mit einer Zunahme der persönlich zu tragenden Risiken erkaufte. Nach Beck stellen diese beiden Aspekte zwei Seiten einer Medaille dar.⁸⁶

In der Folge der Individualisierung wird dem Individuum auch die Verantwortung für seine Gesundheit übertragen, das nun die „Qual der Wahl“ hat, denn aufgrund des Fehlens von übergeordneten Instanzen, die klar vorgeben, wie eine gesunde, optimale Lebensführung auszusehen hat, bleibt es ihm überlassen, aus dem reichhaltigen Angebot an Gesundheitsleistungen zu wählen. Analog dazu können die verschiedenen Anbieter reklamieren, dass ihre Produkte die versprochene Wirkung erzielen, da wie beschrieben keine konkurrenzfreie Repräsentation *einer* Sichtweise in der Moderne möglich ist. Auf diese Weise können die Individuen aus einer reichhaltigen Palette, die angefangen beim Leistungskatalog der GKV über fernöstliche Akupunkturmedizin bis hin zu Esoterik und Feng Shui alles beinhaltet, wählen. Dadurch entsteht ähnlich der „Bastelbiographie“ eine „Bastelgesundheit“, bei welcher der Einzelne mehr oder weniger *allein* bestimmt, was „gut“ für ihn ist.

Wohlgemerkt ist das Individuum in der Moderne jedoch nicht von der Verantwortung, für seine Gesundheit Sorge zu tragen, entbunden. Jene wird „[...] in der späten Moderne zu einer *individuellen Verpflichtung*, ohne die jede mas-

⁸⁵ Vgl. THIEME, FRANK (1997): „Individuum.“ In: REINHOLD, GERD (Hg.): *Soziologie-Lexikon*. 3. Auflage. Wien, München, Oldenbourg.

⁸⁶ Vgl. BECK, ULRICH/GERNSHEIM-BECK, ELISABETH (1994): *Risikante Freiheiten*. Frankfurt a. M.

senhafte Verbreitung medizinischer Praktiken ins Leere laufen würde.“⁸⁷ Vielmehr lässt sich beobachten, wie sich die Pflicht zur Erhaltung der eigenen Arbeitskraft allmählich in eine Freiwilligkeit verwandelt, die man als die erfolgreiche Inklusion des Gesundheitssystems werten kann. KÜHN spricht in diesem Zusammenhang vom modernen Menschen als ein „sich selbst optimierendes Individuum“, in dessen Verantwortung es läge, seine „Gesundheit“ im Sinne einer optimalen Anpassung an den Wettbewerb und berufliche Aufgaben selbst zu erhalten:

Eine auf Gesundheit und Krankheit gerichtete Erscheinungsweise, die besonders ausgeprägt dort ist, wo Individualisierungstendenzen, Konkurrenz und konsumistischer Wohlstand zusammenwirken, ist der „Healthismus“, die ständige Sorge um und Befassung mit der persönlichen Gesundheit im Sinne auch von sicht- und vorzeigbarer Fitness, als [...] oft dem primären Mittel zur Erreichung persönlichen Wohlbefindens.⁸⁸

Joas' Diagnose dieses Verhaltens zielt in die gleiche Richtung:

Wissenschaftlich gestützte Erkenntnisse über gesundheitsförderliche bzw. gesundheitsschädliche Lebensformen und Verhaltensweisen treffen sich wie zufällig mit dem Bedürfnis des Individuums nach *funktionaler Integration* in eine Gesellschaft, die für sämtliche Lebensbereiche ein Normalbild der erwarteten Leistungsfähigkeit entwickelt hat. [...] Das in durchaus humaner Absicht proklamierte Recht auf Gesundheit droht durch die Medikalisierung sozialer Probleme und Lebensweisen ungewollt in eine Pflicht zur Gesundheit umzuschlagen [...].⁸⁹

Der „Healthismus“ unserer Zeit ist der Indikator für das gelungene Einsickern des medizinischen Codes in die gesamte Gesellschaft. Das Gesundheitssystem hat seine Funktionen soweit hypostasiert⁹⁰, dass einer möglichen Totalinklusion der gesamten Bevölkerung quasi nichts mehr im Weg steht: Die Menschen halten Diät und achten auf ihre Ernährung, weil sie um das gesteigerte Herzinfarktrisiko bei Fettleibigkeit, die eingeschränkte Leistungsfähigkeit und das Schönheitsideal wissen. Sie gehen ins Fitnessstudio, um ihren Körpern die Form zu geben, die ihnen als die „gesunde“ vermittelt wird. Sollte das allein noch nicht ausreichen und versagen auch die Wellnessangebote bei der Hebung des Wohlbefindens, bietet der Schönheitschirurg seine opera-

⁸⁷ HARTMANN, ANJA K. (2002): *Zwischen Differenzierung und Integration. Die Entwicklung des Gesundheitssystems in den Niederlanden und in der Bundesrepublik*. Opladen. S. 44. Hervorhebung von mir.

⁸⁸ KÜHN, HAGEN (1998): „Gesundheit/Gesundheitssystem.“ In: SCHÄFERS, BERNHARD/ZAPF, WOLFGANG (Hg.): *Handwörterbuch zur Gesellschaft Deutschlands*. Opladen. S. 265. Auslassung von mir.

⁸⁹ JOAS, HANS (2001): *Lehrbuch der Soziologie*. Frankfurt. S. 381. Hervorhebung im Original.

⁹⁰ Die moderne Biotechnologie trägt weiter zur kommunikativen Verflüssigung des Körpers bei, indem die Naturschranke weiter gesenkt und dadurch Eingriffe in das Erbgut möglich werden. Bauch spricht hierbei von einem zweiten Säkularisierungsprozess. Vgl. BAUCH, JOST (1996): *Gesundheit als sozialer Code. Von der Vergesellschaftung des Gesundheitswesens zur Medikalisierung der Gesellschaft*. Weinheim; München. S. 69ff.

tive Hilfe an. Oder man nimmt geistig-spirituelle Angebote in Form von Wochenendseminaren wahr, um von seinem bisherigen Lebensweg loszukommen bzw. zu ihm zu finden.⁹¹

Die Entwicklung bestätigt die These, dass die Nachfrage nach Gesundheits(dienst)leistungen die Folge der Hypostasierung des Gesundheitssystems ist, dass sie zurückzuführen ist auf die Diffusion bzw. Ausbreitung seines binären Codes.

Die Gesundheitswirtschaft knüpft unmittelbar an diesen Trend an. Sie ist selber das Ergebnis der funktionalen Ausdifferenzierung des Teilsystems „Gesundheit“ – oder das der Wirtschaft? Im letzten Abschnitt des Theorieteils wird die Frage diskutiert, wo die Gesundheitswirtschaft systemtheoretisch zu verorten ist. Hierzu werden mehrere Ansätze diskutiert und miteinander hinsichtlich ihres Erklärungspotentials verglichen.

2.2.4 Zwischenfazit: Die Gesundheitswirtschaft zwischen Interpenetration, Entdifferenzierung und neuer Leitcodierung

Wie ihre Bezeichnung bereits verrät, standen bei der Namensgebung der Gesundheitswirtschaft zwei unterschiedliche gesellschaftliche Teilsysteme Pate: Das Gesundheitssystem und das Wirtschaftssystem. Hieraus ergibt sich die Frage, zu welchem der beiden Teilsysteme sie gehört bzw. welcher binäre Code für sie gilt. Der der Wirtschaft: Zahlen/nicht zahlen – oder der des Gesundheitssystems: krank/gesund? Kann es auch möglich sein, dass es zu einer Doppelcodierung kommt, bei der erst einer der beiden Paare grünes Licht signalisieren muss, damit der andere zum prozessieren kommt? Folgt man den Ausführungen LUHMANNs in dieser Arbeit zu den Charakteristika von sozialen Systemen, so muss man annehmen, dass in diesem Fall die beiden Codes in einem ständigen Spannungsverhältnis zueinander stünden. Möglich ist aber auch, dass sich die bisherigen Codes als zu begrenzt erweisen, um neuerliche Phänomene im Rahmen der Funktionsausweitung von Teilsystemen zu fassen. Dann müsste ein neuer Code entstanden sein, der die Umwelt des Systems – z.B. des Gesundheitssystems oder der Gesundheitswirtschaft – unter veränderten Gesichtspunkten filtert.

Um diese Frage zu beantworten, werden im Folgenden drei Ansätze diskutiert: Der erste sieht die Gesundheitswirtschaft als Resultat der *Interpenetrati-*

⁹¹ Siehe auch *Abschnitt 4.1.1* dieser Arbeit, in dem die sich auf das Wachstum der Gesundheitswirtschaft positiv auswirkenden Effekte des soziokulturellen Wandels vertieft werden.

on der Teilsysteme Gesundheit und Wirtschaft an. Der zweite Ansatz sieht in ihr vorrangig das Ergebnis von *Entdifferenzierung*, bei der Funktionen aus dem Verantwortungsbereich der Gesundheit in den der Wirtschaft abgewandert sind bzw. umgekehrt wirtschaftliche Funktionen vom Gesundheitssystem assimiliert wurden. Im dritten Ansatz wird die Möglichkeit eines neuen *Super-Codes* diskutiert, dessen sich auch die Gesundheitswirtschaft bedient.

a) Den bisherigen Ausführungen kann man entnehmen, dass die gesellschaftlichen Teilsysteme einander nur als Umwelt wahrnehmen und jeweils ihren eigenen Sinnlogiken folgen. Sie streben die bestmögliche Erfüllung und Ausweitung ihrer Funktionen an, wobei mitunter negative Folgewirkungen in den anderen Teilsystemen in Kauf genommen werden. Durch ihre operative Geschlossenheit sind sie für Steuerungsversuche nahezu resistent, allerdings trägt ihre Umweltoffenheit dazu bei, dass ein gewisses Maß an Abstimmung untereinander sichergestellt wird. Jedes Teilsystem ist zur Aufrechterhaltung seiner eigenen Operationen gezwungen, seine internen Strukturen an die – meist wiederum von anderen Teilsystemen ausgelöst – Umweltveränderungen anzupassen.⁹² Im Laufe der Zeit haben sich manche Teilsysteme strukturell aneinander gekoppelt, da sie auf die Leistungen des jeweils anderen angewiesen waren. Auf diese Weise haben sich wechselseitige Abhängigkeiten zwischen unterschiedlichen Systemen ergeben, die LUHMANN wie beschrieben als Interpenetration bezeichnet. Sie verhindert die Entkopplung einzelner Teilsysteme von der Gesellschaft, die sich, wie die Hypostasierung des Gesundheitssystems zeigt, zu verselbstständigen drohen.

In diesem Sinne kann man die Gesundheitswirtschaft als das Ergebnis der Interpenetration der Teilsysteme Gesundheit und Wirtschaft bzw. ihrer Ko-Evolution auffassen. Jedoch drängt sich hier die Frage auf, welcher Code für sie zur Geltung kommt oder ob es zu einer Vermischung der Sinnlogiken ihrer „Elternsysteme“ kommt. Autoren wie SCHIMANK, MÜNCH oder WILKE⁹³ haben bereits früh Zweifel an der strikten funktionalen Autonomie der einzelnen Teilsysteme erhoben. Von allen am stärksten plädiert MÜNCH für die Existenz so

⁹² HARTMANN, ANJA K. (2002): *Zwischen Differenzierung und Integration. Die Entwicklung des Gesundheitssystems in den Niederlanden und in der Bundesrepublik*. Opladen. S. 47.

⁹³ KNEER, GEORG/NOLLMANN, GERD (1997): „Funktional differenzierte Gesellschaft.“ In: KNEER, GEORG/NASSEHI, ARMIN/SCHROER, MARKUS (Hg.) (1997): *Soziologische Gesellschaftsbegriffe. Konzepte moderner Zeitdiagnosen*. München. S. 88/89. Vgl. auch: SCHIMANK, UWE (1998): „Code – Leistungen – Funktionen: Zur Konstitution gesellschaftlicher Teilsysteme.“ In: *Soziale Welt*. Heft 1/98. S. 175-183, und HARTMANN, ANJA K. (2002): *Zwischen Differenzierung und Integration. Die Entwicklung des Gesundheitssystems in den Niederlanden und in der Bundesrepublik*. Opladen. S. 55ff.

genannter „Interpenetrationszonen“, in welchen sich die einzelnen teilsystemischen Funktionen überlagerten und in denen die spezifischen Systemlogiken immer weniger zum Tragen kämen.⁹⁴ Als ein Beispiel führt er die Brückenbildung zwischen der Wirtschaft und der Moral an, welche eine Interpenetrationszone gebildet habe, die es erlaube, die verschiedenen Sinnlogiken miteinander zu vermischen.⁹⁵ Demnach müsse sich wirtschaftliches Handeln mittlerweile auch an moralischen Gesichtspunkten messen lassen.

Fraglich ist jedoch, ob es tatsächlich zu einer Abwertung der ursprünglichen Systemlogiken kommt, wie von MÜNCH behauptet wird. Durch die Aufnahme systemfremder Logiken in die eigenen Programme sind Systeme seit jeher in der Lage, sich für einen „fremden“ Sinn zu öffnen, allerdings bleibt der eigentliche Code davon unberührt.⁹⁶ Beispielsweise hat die Versenkung einer Ölplattform durch den Konzern „Shell“ zu erheblichen Umsatzeinbußen bei den Tankstellenpächtern geführt, so dass Wirtschaftsunternehmen sich aus *ökonomischen* Gründen dazu veranlasst gesehen haben, eine umweltfreundliche Unternehmenspolitik zu fahren – nicht aber um der moralischen Verantwortung willen, sondern um ihre Produkte entsprechend zu vermarkten und absetzen zu können.⁹⁷ Als zweites Beispiel für eine „institutionalisierte Interpenetrationszone“ führt MÜNCH den Wohlfahrtsstaat an, welcher als Schnittstelle zwischen dem Gesundheitssystem, der Politik, der Familie und der Wirtschaft fungiert. Sicherlich sind zahlreiche Interpenetrationen zwischen diesen Teilsystemen festzustellen, allerdings ist fraglich, ob damit eine Abkehr von den eigenen Systemlogiken einhergeht. Plausibler erscheint die These, dass die Teilsysteme verstärkt systemfremde Logiken in ihre Programme einbauen, um ihr „Hauptgeschäft“ weiterhin erledigen zu können. Damit die Arbeitskraft

⁹⁴ MÜNCH, RICHARD (1991): *Dialektik der Kommunikationsgesellschaft*. Frankfurt a. M. Zitiert nach: KNEER, GEORG/NOLLMANN, GERD (1997): „Funktional differenzierte Gesellschaft.“ In: KNEER, GEORG/NASSEHI, ARMIN/SCHROER, MARKUS (Hg.) (1997): *Soziologische Gesellschaftsbegriffe. Konzepte moderner Zeitdiagnosen*. München. S. 88.

⁹⁵ Münch, Richard (1994): Zahlung und Achtung – Die Interpenetration von Ökonomie und Moral. In: Zeitschrift für Soziologie. Heft 5/94. S. 388. Zitiert nach: HARTMANN, ANJA K. (2002): *Zwischen Differenzierung und Integration. Die Entwicklung des Gesundheitssystems in den Niederlanden und in der Bundesrepublik*. Opladen. S. 55/56..

⁹⁶ HARTMANN, ANJA K. (2002): *Zwischen Differenzierung und Integration. Die Entwicklung des Gesundheitssystems in den Niederlanden und in der Bundesrepublik*. Opladen. S. 65.

⁹⁷ „Es scheint, dass die gesamtgesellschaftlich gestützte Zeitfestigkeit der Moral ersetzt werden kann durch die teilsystemische Zeitfestigkeit *rein ökonomischer Chancen*, vor allem der dauernden Verfügbarkeit von Kapital oder rechtmäßigem Einkommen. [...] Die Mitteilung von Preisen, namentlich von feststehenden Preisen, bedarf keiner weiteren Erläuterung; durch Eindeutigkeit wird die wirtschaftliche Kommunikation indifferent gegen die Umstände, gegen biografische Details, gegen persönliche Bekanntschaft: Man braucht sich nicht zu kennen und sich *nicht moralisch* abzutasten, um sich zu verständigen.“ LUHMANN, NIKLAS (1972): „Wirtschaft als soziales System“. In: *Soziologische Aufklärung. Aufsätze zur Theorie sozialer Systeme. Band 1*. 3. Auflage. Opladen. S. 212. Hervorhebungen von mir.

von Arbeitnehmern auf hohem Niveau erhalten bleibt, macht es aus *seiner* Sicht Sinn, gesundheitliche Regelungen zu integrieren. Damit das Gesundheitssystem seine Funktionen besser erfüllen kann, macht es aus *seiner* Sicht Sinn, Effizienzkonzepte aus der Wirtschaft zu integrieren.

Anders als von MÜNCH aufgefasst vollziehen sich „Interpenetrationszonen“ nicht harmonisch zum Wohle des Ganzen, sondern eben nur dort, wo es für das jeweilige Teilsystem selbst Sinn macht.⁹⁸ Die Hypostasierung des Gesundheitswesens hat eindrücklich gezeigt, dass sein Fokus vor allen anderen Dingen auf der Erfüllung seiner eigenen Funktionen liegt. Für LUHMANN ist der Prozess der Interpenetration nur logische Folge der funktionalen Differenzierung selbst⁹⁹:

Solche Abhängigkeiten werden oft als Beschränkung der Autonomie, wenn nicht gar als Symptome einer *Entdifferenzierung* interpretiert. Das Gegenteil trifft zu. Gerade funktionale Differenzierung steigert Interdependenzen und damit eine Integration des Gesamtsystems, weil ja jedes Funktionssystem voraussetzen muss, dass andere Funktionen woanders erfüllt werden.¹⁰⁰

Für LUHMANN ist die Integration damit sichergestellt, allerdings steht weiter die Frage im Raum, welcher Code für die Gesundheitswirtschaft Gültigkeit besitzt. Streng genommen operieren das „klassische“ Gesundheitssystem nach der Leitcodierung krank/gesund und das Wirtschaftssystem nach zahlen/nicht zahlen. Je nach dem, aus welcher Perspektive – entweder aus der Sicht des Wirtschafts- oder des Gesundheitssystems – man die Gesundheitswirtschaft nun betrachtet, kann man zu einem anderen Schluss gelangen: Vieles spricht dafür, die Herausbildung der Gesundheitswirtschaft im Zusammenhang mit der Medikalisierung der Gesellschaft, der Hypostasierung seiner Funktionen und der Individualisierung des Gesundheitsdiskurses zu sehen.¹⁰¹ In diesem Verständnis ist der medizinische Code in andere Teilsysteme – wie das der Wirtschaft – gesickert, wodurch das Gesundheitssystem diesen Bereich in

⁹⁸ HARTMANN, ANJA K. (2002): *Zwischen Differenzierung und Integration. Die Entwicklung des Gesundheitssystems in den Niederlanden und in der Bundesrepublik*. Opladen. S. 57.

⁹⁹ „Man nimmt solche Phänomene der Steigerung von Interdependenzen im Hochleistungsbetrieb oft als Beweis für die zunehmende *Entdifferenzierung* unseres Gesellschaftssystems. Das ist aber falsch. Sie sind Probleme nur deshalb, weil die *Differenzierung* sie zu Problemen macht, die weder in einem Funktionssystem allein noch durch Zusammenschluss aller zu lösen sind.“ LUHMANN, NIKLAS (1990): „Medizin und Gesellschaftstheorie.“ In: *Medizin, Mensch Gesellschaft* 8. S. 171/171. Hervorhebungen von mir.

¹⁰⁰ LUHMANN, NIKLAS (2004): *Ökologische Kommunikation. Kann die moderne Gesellschaft sich auf ökologische Gefährdungen einstellen?* Vierte Auflage. Wiesbaden. S. 86. Hervorhebung von mir.

¹⁰¹ Im Laufe der Entstehung der Krankenhäuser aus den Siechenhäusern heraus haben diese wie beschrieben die Funktionen der Hebammen und der Chirurgen bzw. Wundärzte assimiliert, aus deren Sicht es sich ebenfalls um *Entdifferenzierung* gehandelt hat.

seine eigene Zuständigkeit überführen konnte.¹⁰² Die Gesundheitswirtschaft stellt in diesem Fall eine weitere Ausdifferenzierungsform des Gesundheitssystems dar. Anders herum könnte man jedoch auch argumentieren, dass der Code des Wirtschaftssystems in das Gesundheitssystem gewandert ist, folglich die primäre Zweiwertigkeit gesund/krank von zahlen/nicht zahlen abgelöst wurde.¹⁰³ In dem Fall wären die medizinischen Aspekte fester Bestandteil der Programme der Gesundheitswirtschaft. Es zeigt sich, dass der Ansatz, die Gesundheitswirtschaft als Folge allein von Interpenetration zu sehen, noch keine befriedigende Antwort über seinen Code enthält.

b) Eine andere Sichtweise auf die Gesundheitswirtschaft erlaubt ihre Bestimmung als das Ergebnis der von LUHMANN bereits zitierten *Entdifferenzierung*. Sie liegt dann vor, wenn die funktionale Zuordnung der Zuständigkeit des Gesundheitssystems für Krankheit bzw. Gesundheit aufgebrochen wird.¹⁰⁴ Dies kann auf zwei Arten geschehen, durch Anlagerung und durch Abwanderung.

So ließe sich die Fitness- und Wellnessbewegung als Abwanderung gesundheitlicher Funktionen in den Freizeit- und Sportsektor interpretieren; ebenso verweist die zunehmende Bedeutung des betrieblichen Arbeitsschutzes, des Sozial- und Ernährungssektors auf die Auslagerung insbesondere präventiver gesundheitlicher Aufgaben.¹⁰⁵

Die Hoffnungen, im Gesundheitssystem den Motor für Wachstum und den Garanten für mehr Beschäftigung zu sehen, zeugen hingegen von der Anlagerung primär wirtschaftlicher Vorstellungen. Dabei kommt es zu einer Vermischung verschiedener systemspezifischer Funktionen. Für die Gesundheitswirtschaft bedeutet das konkret, dass sie unter ihrem Dach zwei Funktionen vereint: Sie orientiert sich sowohl an dem Code zahlen/nicht zahlen als auch an dem gesund/krank, je nach zu erfüllender Funktion. Fraglich ist, ob beide Codes gleichberechtigt zum Zuge kommen bzw. die jeweilige Funktion diktiert, welcher von beiden zum Einsatz kommt. Beispielsweise würde der

¹⁰² Aus Sicht des Wirtschaftssystems handelt es sich dann um Entdifferenzierung seiner Funktionen, um die Abwanderung ursprünglich eigener Funktionen in den Zuständigkeitsbereich des Gesundheitssystems.

¹⁰³ Es wird sich als aufschlussreich erweisen, das Zwiebelmodell der Gesundheitswirtschaft unter Berücksichtigung der Codes zu betrachten, um zu untersuchen, in welcher Branche welcher Code gilt. Es legt die Vermutung nahe, dass tatsächlich einige der in ihr zusammengefassten unterschiedlichen Bereiche strikt nach dem Code gesund/krank prozessieren, während andere nur bei zahlen/nicht zahlen handeln werden (vgl. *Abbildung 4*).

¹⁰⁴ HARTMANN, ANJA K. (2002): *Zwischen Differenzierung und Integration. Die Entwicklung des Gesundheitssystems in den Niederlanden und in der Bundesrepublik*. Opladen. S. 58.

¹⁰⁵ Ebd. S. 58.

Code gesund/krank greifen, wenn der Arzt dem Patienten den Besuch eines Fitnessstudios verschreibt, um dort die Rückenschule zu besuchen, damit Haltungsschäden korrigiert werden können etc. Der Code zahlen/nicht zahlen würde dagegen greifen, wenn der Kunde freiwillig entsprechende Angebote wahrnimmt und auch bereit ist, selbst dafür zu zahlen. HARTMANN weist ausdrücklich darauf hin, dass bei der Entdifferenzierung die genuine Codierung der Teilsysteme *nicht* unterlaufen wird.¹⁰⁶ Dies mag auch für die „Elternsysteme“ zutreffen, wenn man jedoch die Gesundheitswirtschaft als neues Subsystem begreift, könnte es sich um einen Sonderfall handeln, bei dem in der Tat zwei Codierungen miteinander „konkurrieren“. Diese Annahme wird von der Tatsache unterstrichen, dass man die in ihr zusammengefassten Organisationen und Berufe zumeist noch einem Elternsystem zuordnen kann, eine wirkliche Verschmelzung ist empirisch bislang noch nicht nachweisbar.

Im Unterschied zur Interpenetration, welche die funktionale Differenzierung als gegenseitige strukturelle Koppelung schon immer begleitet hat, ist das Merkmal der Entdifferenzierung ihr Auftreten als Folge einer Krise währenddessen. Beispielsweise zeigt das Gesundheitssystem einige charakteristische Anzeichen von Verselbstständigung, z.B. einen zu hohen Ressourcenverbrauch, eine unzureichende Leistungserbringung und die Produktion gesellschaftlicher Risiken.¹⁰⁷ Die Herausbildung der Gesundheitswirtschaft lässt sich in diesem Kontext daher als Versuch des Teilsystems verstehen, Krisenerscheinungen z.B. in Form von Ressourcenknappheit zu verarbeiten, indem es sich die Ressourcen anderswo beschafft, z.B. beim Privatkunden.¹⁰⁸

Sowohl der Erklärungsansatz der Interpenetration wie auch der Ansatz der Entdifferenzierung können keine 100%ige Sicherheit darüber geben, welcher der beiden Elterncodes zur Geltung kommt. So liegt die Vermutung einer der Doppelcodierungen nahe, bei der erst einer der beiden Codes ausgelöst werden muss, damit der andere zum Zuge kommen kann. Denkbar wäre z.B., dass für die Gesundheitswirtschaft sowohl „krank“ als auch „zahlen“ aktiviert werden müssen. In dem Fall müsste man von einer friedlichen Koexistenz

¹⁰⁶ HARTMANN, ANJA K. (2002): *Zwischen Differenzierung und Integration. Die Entwicklung des Gesundheitssystems in den Niederlanden und in der Bundesrepublik*. Opladen. S. 65.

¹⁰⁷ Ebd. S. 53.

¹⁰⁸ Für Luhmann stellt „weniger Geld“ das einzige wirksame Regulativ der modernen Gesellschaft dar, über das sich ein Steuerungseffekt erzielen lässt, da „mehr Geld“ dazu dient, die Erhaltungs- und Steigerungsansprüche der Teilsysteme befriedigen zu können. Vgl. LUHMANN, NIKLAS (1983): „Anspruchsinflation im Krankheitssystem“. In: HERDER-DORNREICH, PHILLIPE / SCHULLER, ALEXANDER (Hg.) *Die Anspruchsspirale*. Stuttgart. S. 39.

beider Codes ausgehen. Vieles spricht dafür, dass die jeweiligen Funktionsanforderungen diktieren, welcher Wert zum Prozessieren gelangt.

c) Mehr Aufschluss vermag der dritte mögliche Erklärungsansatz für die Ausdifferenzierung der Gesundheitswirtschaft bieten, der die Entstehung eines vollkommen neuen Codes in Erwägung zieht. Der klassische Gesundheitscode gesund/krank orientiert sich stark an der Körper- bzw. Organmedizin und erweist sich in der heutigen hoch technisierten Zeit als nicht mehr hinreichend, da er sich nicht mehr mit dem tatsächlichen Prozessieren des Systems deckt. Der medizinisch-technische Fortschritt hat neue Handlungsspielräume aufgetan, welche das Gesundheitssystem sofort wahrgenommen hat. LUHMANN schlägt deshalb als Zweitcodierung u.a. heilbar/unheilbar oder genetisch bedenklich/genetisch unbedenklich vor, um die neuen Möglichkeiten der Medizin mit ein zu beziehen. Für das Gesundheitssystem mögen sich diese als passend bzw. ausreichend erweisen¹⁰⁹, allerdings hat seine Hypostasierung erheblich dazu beigetragen, noch mehr gesellschaftliche Bereiche in die Kommunikationen des Gesundheitssystems zu überführen, wie beispielsweise die Ökologie, den Umweltschutz etc.:

Luhmann übersieht mit seiner Körperfixierung und den auf den Körper orientierten Code von krank/gesund den gesamten Prozess der Vergesellschaftung der Medizin und des Gesundheitswesens.¹¹⁰

BAUCH geht daher einen Schritt weiter und schlägt den neuen Code lebensförderlich/lebenshinderlich vor, in dem er den neuen „Super-Code“ der modernen Gesellschaft sieht, ähnlich der Leitcodierung oben/unten in der stratifizierten Gesellschaft. Er spiegelt seiner Meinung nach die Diffusion gesundheitlicher Aspekte in nahezu alle Teilbereiche der Gesellschaft wider:

Die Umstellung der Codierung krank/gesund des Gesundheitssystems auf lebensförderlich/lebenshinderlich eröffnet dem Gesundheitssystem erst die Möglichkeit, mittels dieser breit-abstrakten Codierung Inklusions- und Diffusionsprozesse in weite, auch „gesundheitsferne“ gesellschaftliche Systembereiche vorzunehmen. Lebensförderlich/lebenshinderlich avanciert zu einem neuen „Super-Code“ des Gesundheitssystems, der beispielsweise den Traditions-Code krank/gesund degradieren und gleichwohl als *Nebencode* der Krankenhausbehandlung in die Operationen des sich in weite gesellschaftliche Bereiche spreizenden Gesundheitssystems integrieren kann.¹¹¹

¹⁰⁹ Luhmann sieht es als rationaler an, den Schadensfall abzuwarten, also den Moment, wo der Code krank/gesund zu Geltung kommt, als Unmengen in die Prävention zu investieren – was aber geschieht. Vgl. LUHMANN, NIKLAS (1990): „Der medizinische Code.“ In: *Soziologische Aufklärung. 5 konstruktivistische Perspektiven*. Opladen. S. 190.

¹¹⁰ BAUCH, JOST (1996): *Gesundheit als sozialer Code. Von der Vergesellschaftung des Gesundheitswesens zur Medikalisierung der Gesellschaft*. Weinheim; München. S. 80.

¹¹¹ Ebd. S. 14. Hervorhebung von mir.

Die Gesundheitswirtschaft hat sich in diesem Verständnis mit Hilfe des neuen Codes etabliert, um gesundheitliches bzw. lebensförderliches Wirken in „gesundheitsferne“ Bereiche zu tragen. Demnach könnte man die Kommunikationen, welche die Frage lebensförderlich/lebenshinderlich zum Inhalt haben u.a. auch der Gesundheitswirtschaft zuordnen, wobei die „Nebencodes“ weiterhin in den unterschiedlichen Branchen zur Geltung kommen, aus denen sie sich zusammensetzt. Doppelcodierungen, wie LUHMANN sie vorgeschlagen hat, werden somit integriert:

Dieser Leitcode legt sich über alle funktional differenzierten Systeme und führt letztlich zu einer „Doppelcodierung“ der Operationen der einzelnen Sozialsysteme.¹¹²

Demnach reicht der Code „zahlen“ des Wirtschaftssystems nicht mehr aus, die Programme müssen sich für „zahlen“ und „lebensförderlich“ entscheiden, damit die Gesundheitswirtschaft operieren kann. Politik könne – so BAUCH – nur operieren, also Macht ausüben, wenn sie Lebensförderliches zum Ziel habe. Im Wirtschaftssystem könne nur Geld bzw. Kapital eingesetzt werden, wenn es Lebensförderliches fördere.¹¹³ Zwar untermauern seine Beispiele die These, dass es in der Realität zu Doppelcodierungen gekommen ist, allerdings verschweigen sie, dass es zu ebenso vielen Verstößen dagegen kommt. Wenn Unternehmen wie Autohersteller beispielsweise ihre Produktion ins Ausland verlagern und dort die Umwelt verschmutzen, auf Arbeitsschutz verzichten etc., um sie anschließend zu importieren und sie als besonders sparsam im Benzinverbrauch und damit „umweltfreundlich“ anpreisen, zeigt sich auch hier, dass der Code zahlen/nicht zahlen weiterhin größeres Gewicht besitzt. Die Gesundheitswirtschaft arbeitet zwar unter der Beachtung beider Codes, jedoch lassen sich auch hier Beispiele finden, dass der Code zahlen/nicht zahlen größeres Gewicht besitzt. So wird der Grenznutzen der Gesundheitsleistungen nicht konsequent genug beachtet, was sich in der übertriebenen Ausübung von z.B. Sport zeigt. Als medizinisch sinnvoll oder „lebensförderlich“ mögen wenige Stunden an zwei Tagen der Woche ausreichen, um sich „fit“ zu halten. Wenn jemand aber täglich seine Sehnen und Gelenke strapaziert, wird das nicht verhindert, da jeder Besuch den Umsatz der Einrichtung erhöht. Ebenso ist der Bedarf an Vitaminen durch den Ver-

¹¹² BAUCH, JOST (1996): *Gesundheit als sozialer Code. Von der Vergesellschaftung des Gesundheitswesens zur Medikalisierung der Gesellschaft*. Weinheim; München. S. 85.

¹¹³ Ebd. S. 85.

zehr von Obst ausreichend gedeckt, jedoch wird niemand in der Gesundheitswirtschaft jemanden hindern, sich mit sportlichen Ernährungsprodukten und „Energieriegeln“ zu *über*-versorgen, da auch dies den Umsatz erhöht. Das Extrem stellt schließlich die Einnahme von Anabolika und anderen Drogen dar, bei denen der Code lebensförderlich keine Rolle mehr spielt.¹¹⁴

Sicherlich hat BAUCH nicht Unrecht, jedoch muss man sich ständig vor Augen führen, welche Konsequenzen die jeweilige Codezuschreibung nach sich zieht, da vollkommen unterschiedliche Sinnverarbeitungsregeln dahinter stehen. Denn beide Teilsysteme, die Gesundheit und die Wirtschaft, betrachten die Gesellschaft bzw. ihre Umwelt aus ihrer spezifischen Perspektive heraus. Beispielsweise leiten sich manche Prognosen über den Erfolg der Gesundheitswirtschaft meist aus der alleinigen Beobachtung des Gesundheitscodes krank/gesund ab. In diesem Verständnis beschert der demografische Wandel z.B. zwangsläufig eine Flut neuer „Kunden“¹¹⁵. Zutreffend ist sicherlich, dass mit steigendem Alter auch die Wahrscheinlichkeit zunimmt, auf Pflege und Betreuung angewiesen zu sein, wovon der Kernsektor¹¹⁶ der Gesundheitswirtschaft profitiert.¹¹⁷ Auch werden die Zulieferbranchen, die sich auf Geron-
totechnik spezialisiert haben, davon profitieren. Jedoch kann man aus dem Prozessieren des einen Codes – hier gesund/krank – keine Aussagen darüber ableiten, ob auch andere Codes, wie der des Wirtschaftssystems, ausgelöst werden. Man darf an dieser Stelle keinen Automatismus unterstellen: Sicherlich ist die Annahme richtig, dass der demografische Wandel zu einem erhöhten Betreuungs- und Pflegebedarf führt, allerdings beinhaltet in diesem Beispiel nur die Analyse des verfügbaren Einkommens und der Konsumpräfe-

¹¹⁴ „So gehen Experten davon aus, dass mehr als 300.000 Mitglieder deutscher Fitness-Studios Medikamentenmissbrauch betreiben. [...] Auch nach einer Studie der Universität Lübeck, die sich auf Untersuchungen in 24 norddeutschen Fitness-Centern stützt, ist Doping nicht nur ein Problem im Profisport. In der Befragung gaben 24 Prozent der Männer und 8 Prozent der Frauen an, regelmäßig anabole Steroide zu nehmen. [...]“ Vgl. BÄRWALD, HORST, FREIKAMP, HENRIETTE (2003) „Wellness – zur wirtschaftlichen und arbeitsmarktpolitischen Bedeutung des gegenwärtigen Booms.“ In: VPT. VERBAND PHYSIKALISCHE THERAPIE (Hg.). Im Internet unter: <[Link](#)>. Letztes Update: 25.04.03. S. 1.

¹¹⁵ Wie in *Abschnitt 2.2.3* gezeigt wurde und in *Abschnitt 4.1.1* noch vertieft werden wird, lässt sich die gesteigerte Nachfrage nach dem Gut „Gesundheit“ vor allem auf den soziokulturellen Wandel und den damit einhergehenden geänderten Präferenzmustern zurückführen.

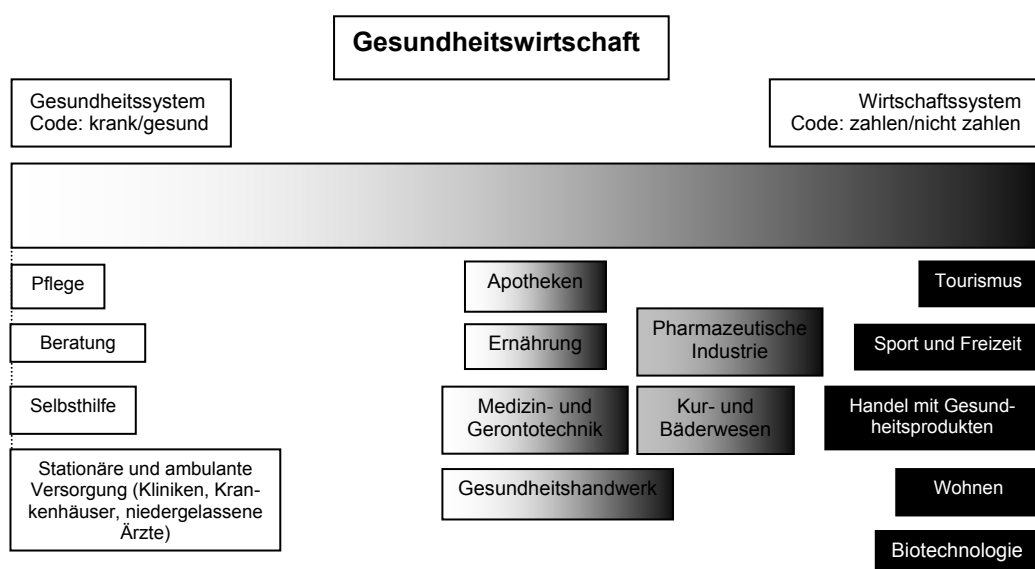
¹¹⁶ Zu diesem gehören die stationäre und ambulante Versorgung sowie die Pflege. Die drei Sektoren der Gesundheitswirtschaft werden im nächsten Kapitel vorgestellt.

¹¹⁷ FRETSCHNER, RAINER/HARTMANN, ANJA K. (2002): „Der Gesundheitssektor: Stiefkind oder Hidden Champion der Dienstleistungsgesellschaft?“ In: HARTMANN, ANJA K./MATHIEU, HANS (Hg.): *Dienstleistungen in der Neuen Ökonomie. Struktur, Wachstum und Beschäftigung*. Berlin. S. 106.

Weiterhin ist zu beachten, dass durch neue Medien Rationalisierungspotentiale in der Betreuung aktiviert werden könnten, so dass die erhofften Effekte des demografischen Wandels auf Wachstum und Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft verpuffen könnten (*siehe auch Abschnitt 4.2.2*).

renzen der jeweiligen Rentnergeneration einen Hinweis darauf, ob sie als Privatkunden für die Gesundheitswirtschaft in Frage kommen. Oder anders formuliert: Nur weil jemand altert und irgendwann bedürftig ist, heißt das nicht automatisch, dass er für die übrigen Branchen der Gesundheitswirtschaft wie etwa Freizeit, Tourismus, Wellness oder Fitness auch anderweitig als Kunde in Frage kommt. Richtig wiederum ist, dass die Gruppe der „jungen Alten“ aufgrund ihres verfügbaren Haushaltseinkommens und ihrer Freizeit begehrte „Kunden“ für diese darstellen, dann aber der Code zahlen/nicht zahlen gilt.¹¹⁸ Viele Gründe sprechen dafür, dass die Gesundheitswirtschaft zurzeit noch ein Sammelbecken unterschiedlicher Organisationen darstellt, deren Ursprung sich zumeist eindeutig zu ihren jeweiligen Elternsystemen Gesundheit und Wirtschaft zurückverfolgen lässt. Dementsprechend einfach lassen sich auch beide Codes identifizieren und sich die Kommunikationen unverkennbar einem der beiden Elternsysteme zuordnen. Vieles spricht dafür, dass sowohl der alte wie auch der neue Gesundheitscode lebensförderlich/lebenshinderlich fest in den Programmen der Gesundheitswirtschaft verankert ist, letztendlich aber der Code des Wirtschaftssystems die Oberhand hat. Im Sinne BAUCHS überlässt die Wirtschaft die unlukrativen Bereiche weiterhin der Verantwortung des Gesundheitssystems mit ihrer „Nebencodierung“.

Abbildung 4: Darstellung der Gesundheitswirtschaft aus systemtheoretischer Perspektive (*Eigene Darstellung in Anlehnung an Schalenmodell vom IAT*)



¹¹⁸ In Kapitel 4 werden sowohl die *wachstumshemmenden* als auch *wachstumsförderlichen* Einflussfaktoren einer differenzierten Betrachtung unterzogen.

Mit der Zuschreibung des ökonomischen Codes zur Gesundheitswirtschaft ergibt sich die Schlussfolgerung, dass vor allem auch die Beachtung der *Nachfrageseite* Aufschluss über ihre zukünftige Entwicklung geben kann. Denn aus der Zuschreibung des ökonomischen Codes zur Gesundheitswirtschaft als ihre primäre Leitdifferenz ergibt sich die Konsequenz, neben der gesundheitlichen Situation der Gesellschaft vor allem auch ihr wirtschaftliches Potential in Betracht zu ziehen. Eine Analyse der Nachfrageseite ist genauso unerlässlich wie die der Angebotsseite, um eine treffende Prognose über die Zukunft der Gesundheitswirtschaft abzugeben. Das folgende Kapitel widmet sich daher zunächst der Vorstellung der Gesundheitswirtschaft und ihres gegenwärtigen Potentials, um sie anschließend einer kritischen Überprüfung zu unterziehen, ob sie sowohl angebotsseitig über die notwendigen Strukturen verfügt als auch auf Seite der Nachfrage die notwendigen Präferenzordnungen, den Wohlstand und Status vorfindet, um zukünftig weiter prosperieren zu können.

3. Die Gesundheitswirtschaft als eine der tragenden Säulen des Strukturwandels auf dem Weg in die Dienstleistungsgesellschaft

3.1 Wachstumsbranche Gesundheitswirtschaft – Der Aufstieg der sozialen personenbezogenen Dienstleistungen zur tragenden Säule des Strukturwandels

Vor dem Hintergrund der herrschenden Arbeitslosigkeit, die sich aufgrund der Rationalisierungen in der Industrie noch verschärfen könnte, hat der Problemdruck auf die Wirtschaft und Arbeitsmarktpolitik in den letzten Jahren enorm zugenommen. Im sekundären Sektor¹¹⁹ ist zwischen 1980 und 1999 ein Arbeitsplatzverlust von ca. 1,7 Millionen zu verzeichnen gewesen, im Baugewerbe sind immerhin ca. 315.000 und im Bereich des Bergbaus, der Energie und der Landwirtschaft ca. 159.000 Beschäftigte weggefallen.¹²⁰ Umso erstaunlicher ist, dass im selben Zeitraum eine große Anzahl Menschen ausgerechnet in den Bereichen eine Anstellung gefunden haben, die bislang eher standortnachteilig als „Kostenfaktor“ von sich reden machten und deren „Finanzkrisen“ man mit Kostendämpfungsgesetzen¹²¹ begegnete: den *personenbezogenen sozialen Dienstleistungen* des Gesundheitssystems. Im genannten Zeitraum ist dieser Bereich mit ca. 1,56 Millionen Menschen um 74,7 % auf insgesamt 3.66 Millionen allein in Westdeutschland gewachsen, nur geschlagen von den produktionsnahen Dienstleistungen mit ca. 1,63 Millionen neuen Beschäftigten.¹²²

Diese Zahlen markieren nicht nur den Strukturwandel zur Dienstleistungsgesellschaft Deutschland, sondern geben auch Grund zur Hoffnung, dass der tertiäre Sektor die im primären und sekundären Sektor wegfallenden Arbeits-

¹¹⁹ Zum primären Sektor werden die Land- und Forstwirtschaft sowie Fischerei, zum sekundären die industrielle Produktion und zum tertiären sämtliche Dienstleistungen gezählt.

¹²⁰ FRETSCNER, RAINER/HARTMANN, ANJA K. (2002): „Der Gesundheitssektor: Stiefkind oder Hidden Champion der Dienstleistungsgesellschaft?“ In: HARTMANN, ANJA K./MATHIEU, HANS (Hg.): *Dienstleistungen in der Neuen Ökonomie. Struktur, Wachstum und Beschäftigung*. Berlin. S. 100.

¹²¹ Für eine detaillierte Übersicht der Kostendämpfungsgesetze der letzten Jahrzehnte siehe OBERENDER, PETER/HEBBORN, ANSGAR/ZERTH, JÜRGEN (2002): *Wachstumsmarkt Gesundheit*. Vollständig überarbeitete 2. Auflage. Stuttgart. S. 65. Die Gesundheitspolitik ist bis heute von dem Ziel, den Beitragssatz zur GKV zu stabilisieren und evt. sogar zu senken, bestimmt. Dabei ist die Beschäftigungselastizität in diesem Sektor immens: Kühn geht davon aus, dass ein Prozentpunkt mehr Beitragssatz zu einer Mehrbeschäftigung von 95.773 Menschen führen würde Vgl. KÜHN, HAGEN (1998): „Gesundheit/Gesundheitssystem.“ In: SCHÄFERS, BERNHARD/ZAPF, WOLFGANG (Hg.): *Handwörterbuch zur Gesellschaft Deutschlands. Opladen*. S. 272).

¹²² FRETSCNER, RAINER/HARTMANN, ANJA K. (2002): „Der Gesundheitssektor: Stiefkind oder Hidden Champion der Dienstleistungsgesellschaft?“ In: HARTMANN, ANJA K./MATHIEU, HANS (Hg.): *Dienstleistungen in der Neuen Ökonomie. Struktur, Wachstum und Beschäftigung*. Berlin. S. 100.

plätze kompensieren könnte: Sein Anteil am BSP ist von 1988 bis 1998 um 6 % auf ca. 66,6 %¹²³ gestiegen. Neuen Erhebungen zufolge ist dieser Wert bis zum Jahre 2003 nochmals auf 70 %¹²⁴ angewachsen. Waren 1998 bereits 62,6 % aller Erwerbstätigen im Dienstleistungssektor tätig, ist ihr Anteil bis zum Jahr 2003 auf ebenfalls 70 % geklettert.¹²⁵

Demgegenüber ist der Anteil des sekundären Sektors am BSP von 1988 bis 1998 um ca. 5,9 % auf nunmehr 32,1 % gesunken, ebenso sein Anteil an der Gesamtbeschäftigung, der von 40 % auf ca. 34,5 % geschrumpft ist.¹²⁶ Dieser Abwärtstrend hat sich bis zum Jahr 2003 ungebrochen fortgesetzt: In jenem hat der Anteil des sekundären Sektors am BSP 29 % betragen, während lediglich 27 % aller Erwerbstätigen hier beschäftigt gewesen sind.

Schätzungen zufolge wird auch zukünftig mit Beschäftigungssteigerungen im Bereich der personenbezogenen Dienstleistungen zu rechnen sein: Die Prognosen reichen seitens der *Zukunftskommission Bayern/Sachsen* von immerhin 800.000 neu geschaffenen Arbeitsplätzen bis hin zu vom *Institut der deutschen Wirtschaft* vorherbestimmten 2,8 Millionen.¹²⁷ Das *Institut für Arbeit und Technik* beziffert das maximale Beschäftigungswachstum bis zum Jahr 2010 allein für den Bereich Gesundheit, Soziales bzw. Altenbetreuung auf eine Million neuer Arbeitsplätze, während das *Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung* die personenbezogenen Dienstleistungen als die Gewinner des Strukturwandels sieht: Ihrer Prognose zufolge werden jene bis zum Jahr 2010 um 1,1 Millionen Beschäftigte auf 7,3 Millionen anwachsen.¹²⁸

Die prognostizierte Beschäftigungsentwicklung der sozialen und personenbezogenen Dienstleistungen vermittelt somit ein optimistisches Bild für die Zukunft des Dienstleistungssektors in Deutschland. Dennoch zeigt sich im internationalen Vergleich, dass andere Länder über teilweise erheblich höhere

¹²³ OECD (2000): *Statistics on value added and employment*. Paris. Zitiert nach: HARTMANN, ANJA K. (2002): „Dienstleistungen im wirtschaftlichen Wandel: Struktur, Wachstum und Beschäftigung.“ In: HARTMANN, ANJA K./MATHIEU, HANS (Hg.): *Dienstleistungen in der Neuen Ökonomie. Struktur, Wachstum und Beschäftigung*. Berlin. S. 20.

¹²⁴ STATISTISCHES BUNDESAMT (Hg.) (2004): *Datenreport 2004. Zahlen und Fakten für die Bundesrepublik Deutschland*. Bonn. S. 307.

¹²⁵ Ebd. S. 307.

¹²⁶ OECD (2000): *Statistics on value added and employment*. Paris. Zitiert nach: HARTMANN, ANJA K. (2002): „Dienstleistungen im wirtschaftlichen Wandel: Struktur, Wachstum und Beschäftigung.“ In: HARTMANN, ANJA K./MATHIEU, HANS (Hg.): *Dienstleistungen in der Neuen Ökonomie. Struktur, Wachstum und Beschäftigung*. Berlin. S. 20.

¹²⁷ Zitiert nach: BEYER, LOTHAR [ET. AL.] (2003): *Dienstleistungen für mehr Lebensqualität. Trends, Gestaltungsfelder, Beschäftigungsperspektiven*. Graue Reihe des Instituts für Arbeit und Technik. Gelsenkirchen. S. 9.

¹²⁸ WEIDIG, INGE/HOFER, PETER/WOLFF, HEIMFRID (1998): *Arbeitslandschaft der Zukunft*. Beiträge zur Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 213, IAB. Nürnberg. Zitiert nach: Ebd. S. 9.

Beschäftigungsraten in diversen Branchen verfügen, weshalb man Deutschland das Bestehen einer so genannten *Dienstleistungslücke* attestiert.¹²⁹ Die einheimische Kritik richtet sich darauf, dass es in Deutschland offensichtlich noch nicht gelungen sei, ähnliche Reserven und Potentiale im Dienstleistungssektor wie im Ausland zu nutzen. BOSCH kritisiert an dieser Vorstellung, dass sie die kulturell gewachsenen Wirtschafts- und Beschäftigungsstrukturen sowie den ökonomischen Entwicklungsstand der Länder unberücksichtigt lasse.¹³⁰ Aber auch die schiere Ausdehnung und Lage der Länder wird häufig unterschlagen. Die USA profitieren z.B. allein aufgrund ihrer räumlichen Größe von einem differenzierterem Binnenmarkt, dem sie eine entsprechend größere Angebotspalette von Dienstleistungen und Produkten verdankt, die kleinere Länder unmöglich ausbilden können. Die Beschäftigungsquote Portugals bei den konsumorientierten Dienstleistungen beträgt mit 4,2 % mehr als das doppelte der westdeutschen Quote, die bei nur 1,9 % liegt. Gelänge es, den im Vergleich zu Portugal existierenden Abstand der Beschäftigungsquote bei den konsumorientierten Dienstleistungen einzuholen, könnte man mit einem Wachstum von 2,3 % oder 830.000 neuen Arbeitnehmern rechnen – allerdings scheitert diese Überlegung am deutschen Klima und dem Fehlen der portugiesischen Küste, wie BOSCH ironisch anmerkt.¹³¹ Dänemark hingegen verdankt seine im europäischen Vergleich höchste Beschäftigungsquote im Dienstleistungssektor u.a. seinem gut ausgebauten Wohlfahrtsstaat und seiner konsequenten Förderung der Frauenerwerbsarbeit durch den Ausbau der staatlichen Kinderbetreuung. Rein rechnerisch würde das Erreichen eines ähnlichen Niveaus einen Zuwachs von 5,3 Millionen Beschäftigten für Deutschland bedeuten, was allerdings einen Umbau unserer Institutionen erforderlich machen würde.¹³² BOSCH warnt daher:

Bevor man für eine Übertragung der Beschäftigungsprofile von einem auf ein anderes Land plädiert, sollte man zuerst versuchen, die Gründe für die Unterschiede

¹²⁹ Vgl. HARTMANN, ANJA K. (2002): „Dienstleistungen im wirtschaftlichen Wandel: Struktur, Wachstum und Beschäftigung.“ In: HARTMANN, ANJA K./MATHIEU, HANS (Hg.): *Dienstleistungen in der Neuen Ökonomie. Struktur, Wachstum und Beschäftigung*. Berlin. S. 23/24.

¹³⁰ BOSCH, GERHARD/WAGNER, ALEXANDRA (2002): „Dienstleistungsbeschäftigung in Europa – Ein Ländervergleich.“ In: BOSCH, GERHARD [ET. AL.] (Hg.): *Die Zukunft von Dienstleistungen. Ihre Auswirkungen auf Arbeit, Umwelt und Lebensqualität*. Frankfurt a. M./New York. S. 41. Bosch unterscheidet daher zwischen vier Ländertypen (*Südeuropäische Länder, skandinavische Länder, kontinentaleuropäische Länder* und *angelsächsische Länder*), die er einer differenzierten Analyse (*sektoral, funktional* und nach *Anspruchsniveau*) unterzogen hat. Beschäftigungsunterschiede lassen sich auf diese Weise meist auf verschiedenartig gewachsene Strukturen zurückführen.

¹³¹ Ebd. S. 61.

¹³² Ebd. S. 61.

de zu verstehen. Wir können zwar aus den Daten schlussfolgern, dass Deutschland vor allem gegenüber den skandinavischen Ländern geringere Beschäftigungsquoten hat und dass der Ausbau von Dienstleistungen am ehesten bei den sozialen Dienstleistungen möglich ist. Wie das geschehen kann und ob die dazu notwendigen Änderungen möglich und überhaupt gewünscht sind, muss hingegen näher untersucht werden.¹³³

Somit entlarvt sich die Diskussion um die deutsche Dienstleistungslücke BOSCH zufolge als eine Scheinkontroverse.¹³⁴ Sicherlich ist unbestritten, dass man bei der politischen Gestaltung von Rahmenbedingungen – z.B. was die Ausweitung der Frauenerwerbsquote oder die Erhöhung der Teilzeit angeht sowie die Frage betrifft, ob man seitens des Sozialstaats statt Geld nicht besser beschäftigungswirksame Dienstleistungen anbietet – von anderen Ländern lernen kann. Deutschland verfügt z.B. über eine vergleichsweise niedrige Frauenerwerbsquote, die zwar kulturell begründbar ist, was jedoch nicht heißt, dass man sie so hinnehmen muss. Dasselbe trifft auf den hierzulande vergleichsweise schlecht ausgebauten Niedriglohnsektor zu. Ob nun zur Schließung einer angenommenen Dienstleistungslücke oder aus arbeitsmarktpolitischen Gründen: Es lohnt sich in jedem Fall, den Ausbau des Dienstleistungssektors voranzutreiben und Hemmnisse abzubauen. Wie gezeigt werden konnte, haben sich insbesondere die sozialen personenbezogenen Dienstleistungen in den letzten Jahrzehnten zu einer tragenden Säule des Strukturwandels entwickeln können. Um diese Entwicklung einerseits nicht zu gefährden und andererseits zu verstärken, bedürfen sie und speziell das Gesundheitswesen, das mehr als 50 % aller Beschäftigten des sozialen Sektors auf sich vereint¹³⁵, umso mehr der politischen Aufmerksamkeit und Steuerung.

¹³³ BOSCH, GERHARD/WAGNER, ALEXANDRA (2002): „Dienstleistungsbeschäftigung in Europa – Ein Ländervergleich.“ In: BOSCH, GERHARD [ET. AL.] (Hg.): *Die Zukunft von Dienstleistungen. Ihre Auswirkungen auf Arbeit, Umwelt und Lebensqualität*. Frankfurt a. M./New York. S. 61.

¹³⁴ Ebd. S. 42.

¹³⁵ FRETSCHNER, RAINER/HARTMANN, ANJA K. (2002): „Der Gesundheitssektor: Stiefkind oder Hidden Champion der Dienstleistungsgesellschaft?“ In: HARTMANN, ANJA K./MATHIEU, HANS (Hg.): *Dienstleistungen in der Neuen Ökonomie. Struktur, Wachstum und Beschäftigung*. Berlin. S. 101.

3.2 Vom konsumtiven Ressourcenvertilger zur volkswirtschaftlich produktiven Wachstumsbranche

Unter dem Eindruck der beschäftigungspolitischen Relevanz des sozialen Sektors und damit auch des Gesundheitssystems hat sich allmählich ein Paradigmenwechsel vollzogen, bei dem sich die Erkenntnis hat durchsetzen können, dass die allein sozialpolitische Betrachtung des Gesundheitswesens zu einseitig, die Kritik an seiner paritätischen Finanzierung als Standortnachteil im internationalen Wettbewerb verkürzt ist. Die Hypothese, im Gesundheitswesen habe eine *Kostenexplosion* der Ausgaben stattgefunden, wurde durch die Verschiebung des Fokus' auf die geschrumpfte Einnahmenseite bereits widerlegt.¹³⁶ Wie *Abbildung 5* zeigt, hat sich der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP nach einem Anstieg Anfang der 90er Jahre bei knapp 11 % einpendeln können, was u.a. auch auf das Greifen der Kostendämpfungsgesetze in jener Zeit zurückzuführen ist. Auch wenn die durchschnittlichen jährlichen Gesundheitsausgaben je Einwohner von 2.020 € im Jahre 1992 auf 2.840 € im Jahre 2002 angestiegen sind, so widerlegt der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP die These von der Kostenexplosion. *Abbildung 6* stützt dagegen die Vermutung, dass eine Erhöhung der Ausgaben mit einer Ausweitung der Beschäftigung korreliert:

Mit dem Anstieg der Gesundheitsausgaben auf 11,1 Milliarden € im Jahr 2002 stieg auch die Zahl der im Gesundheitssystem registrierten Erwerbspersonen mit 10,6 % auf ein ähnliches Niveau wie im Jahr 1996. Zu diesem Zeitpunkt waren bei gleicher Ausgabenhöhe 10,7 % aller Erwerbspersonen laut statistischem Bundesamt im Gesundheitssystem beschäftigt.

¹³⁶ Vgl. BRAUN, BERNHARD; KÜHN, HAGEN; REINERS, HARTMUT (1998): *Das Märchen von der Kostenexplosion*. Frankfurt a. M. Ferner: „So hat sich die Relation der Leistungsausgaben der GKV zum BIP von 5,7 % im Jahre 1975 auf 6 % im Jahre 1998 erhöht; bei den Behandlungsausgaben ist sie von 4,7 % auf 5,1 % gestiegen. Gerade an letzterer Größe müsste sich eine Kostenexplosion nachweisen lassen; sie ist für den Zeitraum ab 1975 jedoch nicht erkennbar.“ MEINHARDT, VOLKER/SCHULZ, ERIKA (2003): „Kostenexplosion im Gesundheitswesen?“ In: *DIW Wochenbericht*. Nr. 07/2003. Berlin. Im Internet unter <[Link](#)>. Letztes Update: 15.05.04.

Abbildung 5: Indikatoren der Gesundheitsausgabenrechnung 1992 bis 2002 – Gesundheitsausgaben gemessen am BIP und in Euro pro Person (*Eigene Darstellung*).¹³⁷

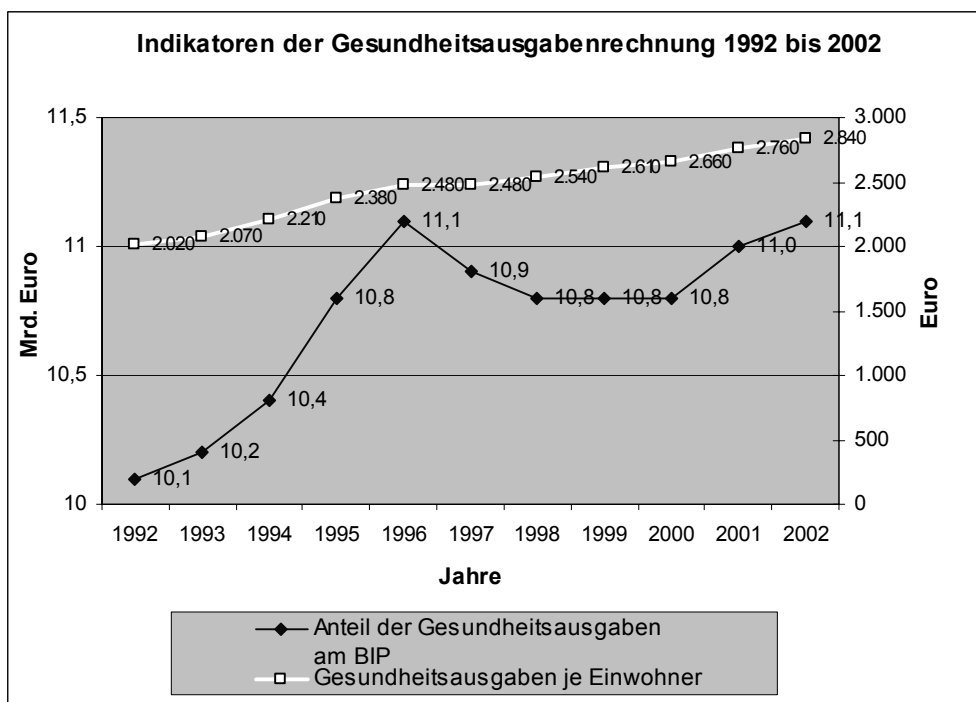
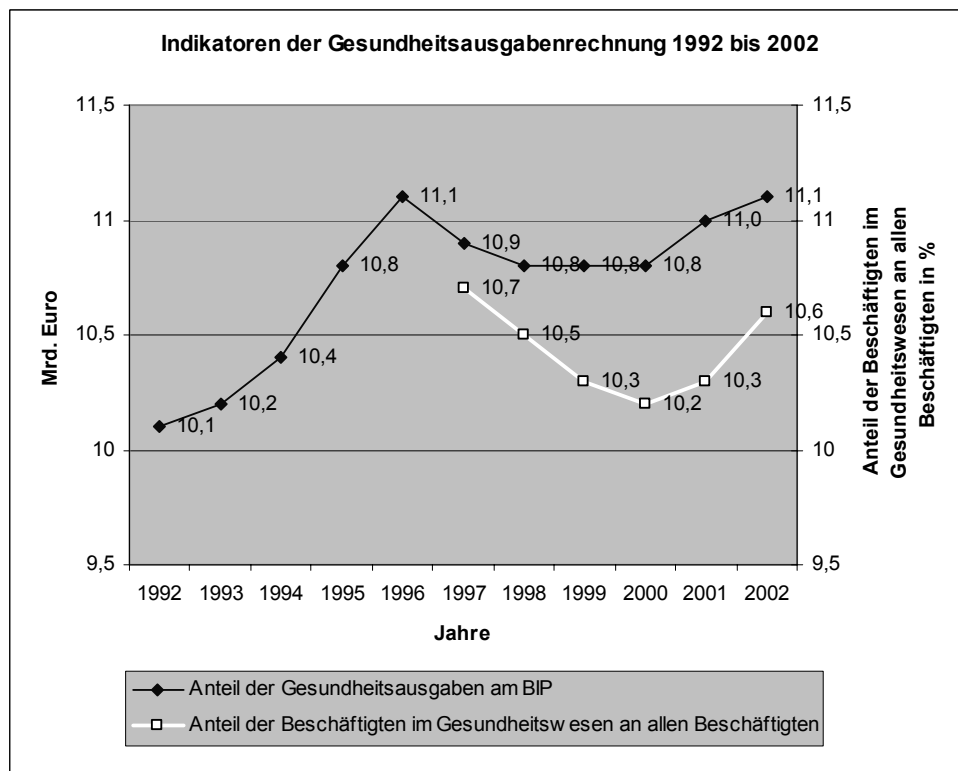


Abbildung 6: Indikatoren der Gesundheitsausgabenrechnung 1992 bis 2002 – Gesundheitsausgaben gemessen am BIP und der % Anteil der Beschäftigten im Gesundheitswesen gemessen an der Gesamtbeschäftigung (*Eigene Darstellung*).¹³⁸



¹³⁷ Quelle: STATISTISCHES BUNDESAMT (Hg.) (2003): *Gesundheit. Personal 1997 bis 2002*. Wiesbaden. Noch nicht erschienen! (*Liegt auf CD-ROM bei*).

¹³⁸ Quelle: Ebd.

Obwohl vereinzelte Ökonomen wie OBERENDER¹³⁹ bereits früh auf das wirtschaftliche Potential des „Wachstumsmarktes“ Gesundheit hingewiesen haben, vollzog sich der Wechsel in der Betrachtung des Gesundheitswesens erst mit den einflussreichen und viel zitierten Gutachten des Sachverständigenrats für die konzertierte¹⁴⁰ Aktion im Gesundheitswesen aus den Jahren 1996 und 1997, in denen die allein sozialpolitische Sichtweise durch eine wirtschafts- und arbeitsmarktpolitische ergänzt worden ist.¹⁴¹ HENKE weist auf die lange vernachlässigten Facetten des Gesundheitswesens hin:

Das Gesundheitswesen stellt einen erheblichen Wirtschafts- und Wachstumsfaktor in einer entwickelten Volkswirtschaft dar. Es dient nicht nur der Erhaltung, Wiederherstellung und Förderung der Gesundheit, sondern trägt mit seinen Dienstleistungen zur volkswirtschaftlichen Wertschöpfung mit den entsprechenden Wirkungen auf dem *Arbeitsmarkt* mit bei. In anderen Bereichen des Wirtschaftslebens werden steigende Umsätze, Gewinne und Beschäftigungszahlen als Erfolgsmeldung angesehen und kommen in die Schlagzeilen der Medien. Es überrascht daher, dass derartige Entwicklungen im Gesundheitswesen als *personalintensiver Dienstleistungsbranche* mit einem ausgeprägten Anteil an *Hochtechnologieprodukten* und *mittelständischen Industriebetrieben* in der Regel als Kostenexplosion und Überangebot wahrgenommen werden.¹⁴²

Das die Abkehr von der Betrachtung des Gesundheitswesens als allein konsumtivem Ressourcenvertilger mittlerweile fest verankert ist, kann man u. a. daran ablesen, dass einige Wirtschaftswissenschaftler in den Gütern Gesundheit und Wohlbefinden bereits den so genannten sechsten *Kondratieff-Zyklus* zu erkennen glauben.¹⁴³ Die Bezeichnung wurde in Deutschland von

¹³⁹ „Die ausschließliche Betrachtung des Gesundheitswesens unter Kostenaspekten greift zu kurz, denn als moderner Dienstleistungsbereich stellt das Gesundheitswesen zugleich eine Wachstumsbranche par excellence dar. Angesichts des weiter voranschreitenden medizinischen Fortschritts, des zunehmenden materiellen Wohlstands und des gleichzeitigen Anstiegs der durchschnittlichen Lebenserwartung bieten sich ungeahnte Wachstumspotentiale.“ OBERENDER, PETER/HEBBORN, ANSGAR (1994): *Wachstumsmarkt Gesundheit. Therapie des Koroninfarkts*. 1. Auflage. Frankfurt a. M. S. 9.

¹⁴⁰ Konzertierte = aufeinander abgestimmt, verabredet (aus dem französischen von „concerté“, „se concerter“ = sich verabreden).

¹⁴¹ SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN IN DEUTSCHLAND (1997): *Gesundheitswesen in Deutschland: Kostenfaktor und Zukunftsbranche. Sondergutachten 1997. Band. 2: Fortschritt und Wachstumsmärkte, Finanzierung und Vergütung*. Baden-Baden. S. 211-213.

¹⁴² HENKE, KLAUS-DIRK (2002): „Auf dem Weg zu einer ordnungspolitischen Rundumerneuerung des Gesundheitswesens aus der Sicht eines Ökonomen.“ In: BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (Hg.): *Zukunftsmarkt Gesundheit. Tagungsband der Veranstaltung des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie, am 6.12.2001 in Berlin*. Baden-Baden. S. 18. Hervorhebungen von mir.

¹⁴³ Vgl. BEYER, LOTHAR [ET. AL.] (2000): „Zukunftsbranche Lebensqualität? Chancen und Herausforderungen beim Ausbau personenbezogener Dienstleistungen.“ In: *Institut Arbeit und Technik: Jahrbuch 1999/2000*. Gelsenkirchen. S. 28/29. Ferner: ANDERSEN (Hg.) [ET. AL.] (2002): *Chancen in Emerging Markets. Gesundheitswesen. Perspektiven für private Unternehmen*. Frankfurt a. M., Köln, Hamburg. S. 12. Ferner: HUBER, ELLIS (2002): „Anmerkungen zur Arzt-Patienten – Beziehung aus Sicht eines modernen Gesundheitsmanagements. Korreferat zu dem Beitrag von Udo Schneider: ‚Beidseitige Informationsasymmetrien in der Arzt-

dem Wirtschaftswissenschaftler Joseph SCHUMPETER¹⁴⁴ aufgegriffen und geht auf deren Urheber, den russischen Ökonomen Nikolai Dmitrijewitsch KONDRATIEFF, zurück. Seine Theorie besagt, dass die kürzeren und sich schneller abwechselnden Konjunkturzyklen von längeren, die übrige Wirtschaft massiv beeinflussenden langen Konjunkturzyklen überlagert werden. Kennzeichnend für diese sind, dass auf ein langsames Ansteigen einer Welle mit guter Konjunkturlage ein relativ schnelles Abebben derselben erfolgt. Getragen werden die längeren Konjunkturwellen von für die jeweilige Zeit entscheidenden Basisinnovationen, die sich meist während der Periode der Rezession ereignen und wiederum den nächsten Aufschwung oder Kondratieff-Zyklus einleiten. *Abbildung 7* gibt einen Überblick über die vergangenen und aktuellen „Megatrends“, die sich etwa alle 30 bis 50 Jahre ablösen. Der Ökonom Leo A. NEFIODOW gehört derzeit zu den prominentesten Vertretern derer, die in der Verschmelzung von Ökologie und Ökonomie aufgrund des ganzheitlichen Bedarfs nach Gesundheit den zukünftigen Wachstumsmarkt sehen:

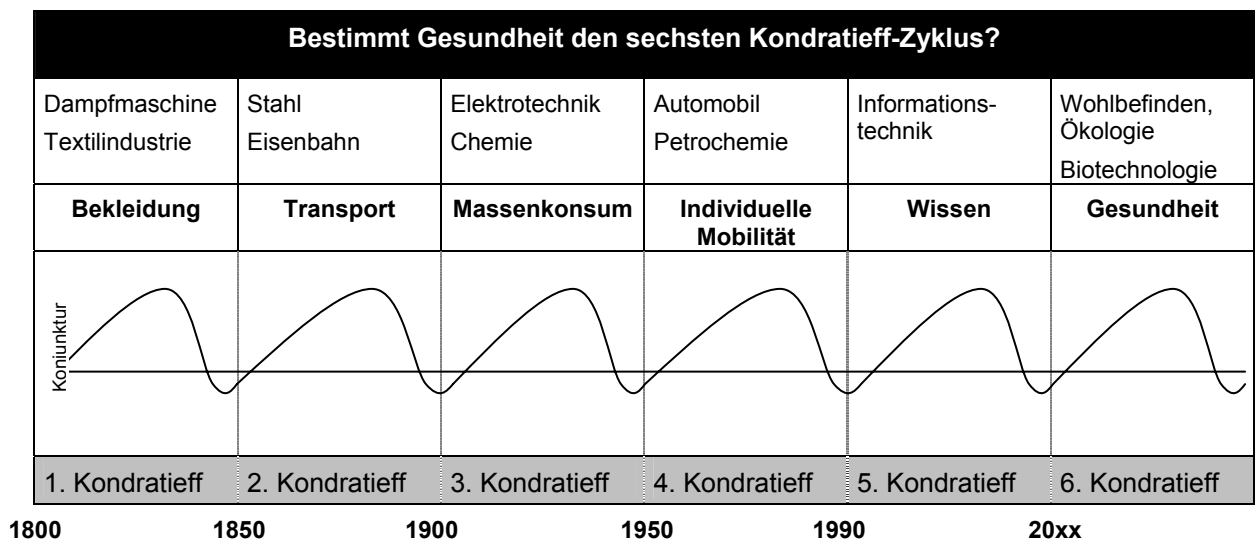
Nachdem wir bis jetzt sozusagen die materiellen Bedürfnisse auf einem hohen Niveau erfüllt haben, steht im sechsten Kondratieff-Zyklus das Bedürfnis nach ganzheitlicher Gesundheit an. [...] Und wenn wir Gesundheit in dieser ganzheitlichen Weise (WHO-Definition) verstehen, dann können wir sagen, dass alles, was heute eine gute Zukunft, Wachstum, neue Arbeitsplätze, Innovationen und neue Firmen verspricht, Marktsegmente sind, in denen Gesundheit oder körperliche, soziale, geistige oder ökologische Aspekte von Gesundheit eine Rolle spielen. Gesundheit ist das neue Bedürfnis, das sich hier artikuliert und das vor allem von zwei neuen Basisinnovationen erschlossen wird: Soweit es die Biologie des Körpers angeht, wird es die moderne *Biotechnologie* sein, und soweit es die sozialen und seelischen Aspekte angeht, die *psychosoziale Gesundheit*.¹⁴⁵

Patient – Beziehung: Implikationen für die GKV“. In: *DIW. Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung*. 71, 4. S. 462-467. Im Internet unter: <[Link](#)>. Letztes Update: Unbekannt. S. 462.

¹⁴⁴ Vgl. SCHUMPETER, JOSEPH A. (1961): *Konjunkturzyklen. Eine theoretische, historische und statistische Analyse des kapitalistischen Prozesses*. Zwei Bände. Göttingen.

¹⁴⁵ NEFIODOW, LEO A. (2001): „Die globalen Chancen der Gesundheitswirtschaft.“ In: MINISTERIUM FÜR WIRTSCHAFT, TECHNOLOGIE UND VERKEHR DES LANDES SCHLESWIG-HOLSTEIN (Hg.): *Gesundheitswirtschaft in Schleswig-Holstein. Potentiale und Chancen aus wirtschaftlicher Sicht. Dokumentation des Workshops am 18. Dezember 2000*. Kiel. Im Internet unter: <[Link](#)>. S. 19. Hervorhebungen von mir.

Abbildung 7: Bestimmt Gesundheit den sechsten Kondratieff-Zyklus?¹⁴⁶



Wie in *Abschnitt 2.2.4* bereits diskutiert wurde, ergibt sich die „Ökonomisierung“ des Gesundheitssystems aufgrund der Leistungsdefizite des Wirtschaftssystems:

Die Ökonomisierung personalintensiver Felder gilt in diesem Zusammenhang als eine mögliche Lösung der Arbeitsmarktproblematik und manifestiert sich im Gesundheitswesen durch den Ausdruck der Gesundheitswirtschaft. Was hier passiert, ist im Grunde nichts anderes als Entdifferenzierung: Das Wirtschaftssystem teilt eine seiner Funktionen – Beschäftigung – mit dem Gesundheitssystem, welches fortan nicht nur unter einer gesundheitlichen Semantik, sondern auch unter einer wachstums- und beschäftigungspolitischen Semantik agiert. Entdifferenzierung ist hier also Folge einer Krisenerscheinung im Wirtschaftssystem.¹⁴⁷

In diesem Zusammenhang begünstigt der eingangs erwähnte Problemdruck auf Wirtschaft und Politik aufgrund der in den letzten Jahren gestiegenen Arbeitslosigkeit die Anlagerung genuin wirtschaftlicher Funktionen an das Gesundheitssystem. In den Niederlanden kann man derartige Entdifferenzierungsprozesse beispielsweise deshalb nicht beobachten, weil sich durch einschneidende Reformen auf dem Arbeitsmarkt, z.B. dem Ausbau der Teilzeitarbeit und der Erhöhung der Frauenerwerbsquote, der Problemdruck verschoben hat: Aufgrund der guten Konjunkturlage wandern die Beschäftigten

¹⁴⁶ NEFIODOW, LEO A. (2001): „Die globalen Chancen der Gesundheitswirtschaft.“ In: MINISTERIUM FÜR WIRTSCHAFT, TECHNOLOGIE UND VERKEHR DES LANDES SCHLESWIG-HOLSTEIN (Hg.): *Gesundheitswirtschaft in Schleswig-Holstein. Potentiale und Chancen aus wirtschaftlicher Sicht. Dokumentation des Workshops am 18. Dezember 2000*. Kiel. Im Internet unter: [<Link>](#). S. 8. Ergänzungen von mir.

¹⁴⁷ HARTMANN, ANJA K. (2002): *Zwischen Differenzierung und Integration. Die Entwicklung des Gesundheitssystems in den Niederlanden und in der Bundesrepublik*. Opladen. S. 247.

in weniger belastende Bereiche ab, wodurch man eine Ausweitung der Nachfrage eher fürchtet als begrüßt.¹⁴⁸

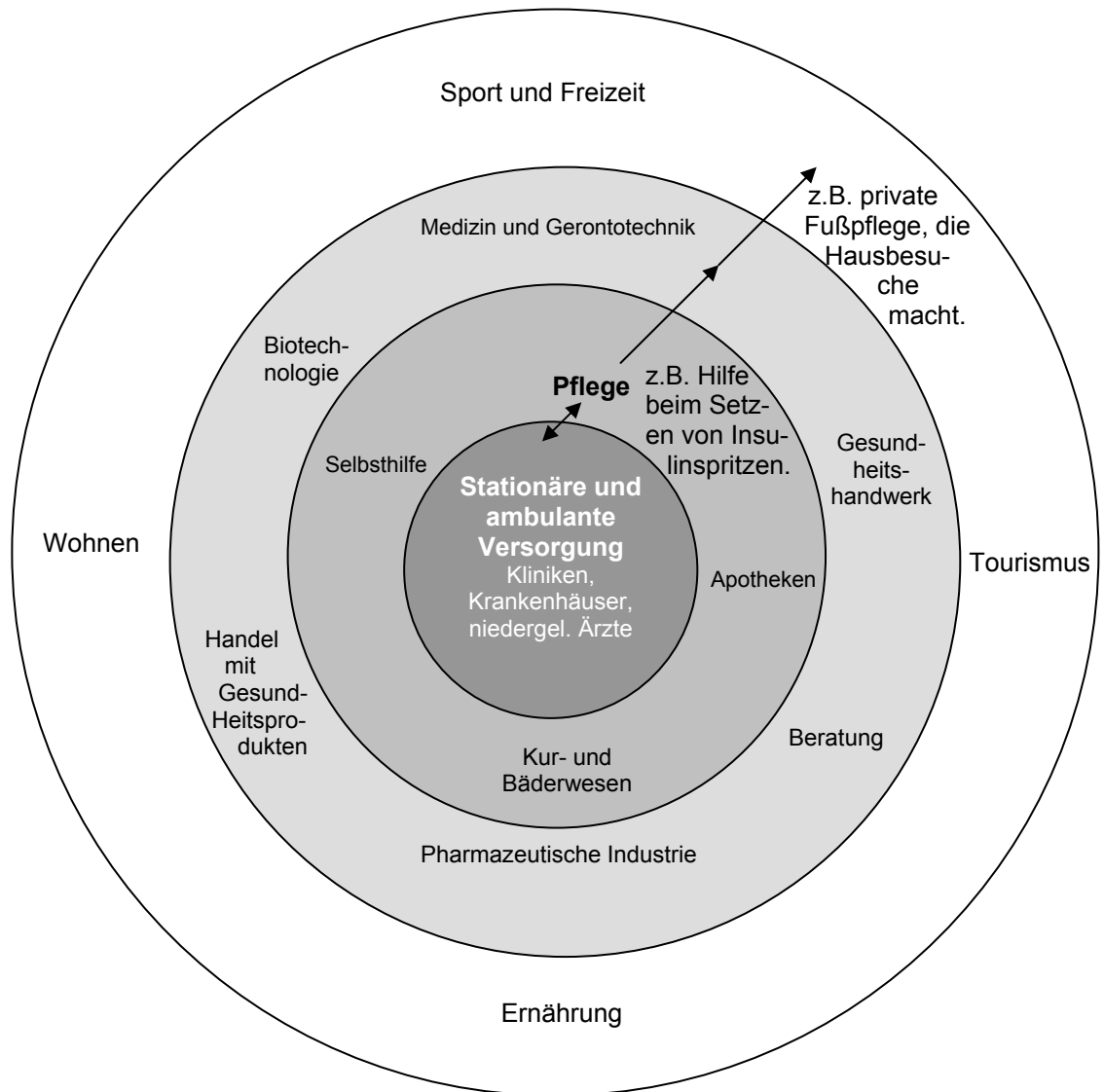
Die Bezeichnung *Gesundheitswirtschaft* trägt der Summation der Aufgaben bzw. der zu erfüllenden Funktionen Rechnung und erweitert den traditionellen, *konsumtiven* – d.h. vornehmlich Ressourcen verbrauchenden – Gesundheitssystemsbegriff, der vor allem die stationäre und ambulante Versorgung umfasst, um seine *produktiven* Aspekte und seinen Beitrag zur Volkswirtschaft. Da die Gesundheitswirtschaft aufgrund ihrer Verflechtungen mit anderen Wirtschaftssektoren ein höchst heterogenes Gebilde darstellt, erfolgt im nächsten Kapitel zunächst ihre definitorische Abgrenzung durch die Vorstellung der zu ihr gehörenden Bereiche und Branchen.

3.3 Das Profil der Gesundheitswirtschaft

Bei der Definition dessen, welche Bereiche und Branchen die Gesundheitswirtschaft umfasst, ist der klassische Gesundheitssystembegriff gemäß dem beschriebenen Paradigmenwechsel um die mit ihm verflochtenen Wirtschaftsfelder ergänzt worden. Auf diese Weise unterscheidet man heute zwischen dem *Kernsektor* des Gesundheitssystems, seiner *Vorleistungs- und Zuliefererindustrie* und den *Randbereichen und Nachbarbranchen* mit starkem Gesundheitsbezug. Die traditionelle Sichtweise auf Krankheit bzw. Gesundheit mittels der Unterscheidung von Prävention, Kuration und Rehabilitation bleibt weiterhin – vor allem im Kernsektor – erhalten, jedoch ist für die Unterteilung der Gesundheitswirtschaft die Stellung in der Wertschöpfungskette maßgeblich, wie *Abbildung 8* veranschaulicht. Ihre Bezeichnung mit „Gesundheitswirtschaft“ dokumentiert diesen Perspektivwechsel, den sie mit mehr als 10 % ihrem vergleichsweise hohen Beitrag zum BSP der Volkswirtschaft zu verdanken hat und der sie als einen gleichberechtigten Teil der Gesamtwirtschaft auszeichnet.

¹⁴⁸ Welche Auswirkungen sich durch die Arbeitsbelastung für die deutsche Gesundheitswirtschaft ergeben, wird bei der Behandlung der für sie wachstumshemmenden Faktoren in *Abschnitt 4.2.1* aufgegriffen werden.

Abbildung 8: Das Schalenmodell der Gesundheitswirtschaft. Die Graustufungen versinnbildlichen den Übergang der Codes gesund/krank hin zu zahlen/nicht zahlen. Pflegerische Tätigkeiten sind in allen drei Sektoren anzutreffen (*Ergänzte Darstellung des Instituts für Arbeit und Technik*).¹⁴⁹



a) Den *Kernsektor* der Gesundheitswirtschaft bilden vornehmlich die Einrichtungen der stationären sowie der ambulanten Versorgung: Er umfasst neben Krankenhäusern und Vorsorge- sowie Rehabilitationseinrichtungen auch ambulante (Zahn)Arztpraxen und ferner Praxen nicht-ärztlicher Berufe wie Physiotherapeuten oder Logopäden. Weiterhin zählen Einrichtungen sowohl der voll- oder teilstationären als auch der ambulanten Altenhilfe, die sich der Pflege widmen, zum Kernbereich. Pflegerischen Tätigkeiten begegnet man nicht nur im Kernsektor, sondern auf allen Ebenen in der Gesundheits-

¹⁴⁹ Quelle: HILBERT, JOSEF/FRETSCHNER, RAINER/DÜLBERG, ALEXANDRA (2002): *Rahmenbedingungen und Herausforderungen der Gesundheitswirtschaft*. Gelsenkirchen. S. 6.

wirtschaft, z.B. in der Form von Fußpflegerinnen, deren Dienste man privat nachfragen kann und deren Bezahlung nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen wird. Ein wesentliches Merkmal des Kernsektors ist dessen ungeachtet, dass die in ihm erbrachten Leistungen mehrheitlich von der GKV getragen werden.¹⁵⁰ Apotheken in ihrer Rolle als zentrale Vermittlerinstanz zwischen Ärzten und Patienten sowie als Distributoren von verschriebenen Medikamenten zählen ebenso zum Kernsektor. Jedoch stellt die heutige Apotheke auch ein Kaufhaus für Gesundheitsprodukte jedweder Art dar, so dass sie im zweiten Ring der Grafik verortet wurde. Die Apotheke befindet sich, wie in *Abschnitt 2.2.4* in *Abbildung 4* illustriert wurde, daher genau an der Schnittstelle zwischen dem System Gesundheit und dem System Wirtschaft, da sich die Kommunikationen eindeutig nach der Beachtung der Codes gesund/krank und zahlen/nicht zahlen unterscheiden bzw. sich Interpretationen beobachten lassen.

Der Kernsektor vereinigt aufgrund seiner personalintensiven Dienstleistungen mit mehr als ca. 2,4 Millionen Menschen mehr als die Hälfte der gesamten Beschäftigung der Gesundheitswirtschaft, die sich auf ca. 4,3 Millionen Menschen¹⁵¹ beläuft, auf sich. Wie *Tabelle 1* zeigt, setzt sich dieser Trend in nahezu allen Bereichen ungebrochen fort. BANDEMER und HILBERT gehen sogar davon aus, dass die Zahl der in der Gesundheitswirtschaft Beschäftigten bis zum Jahre 2015 auf ca. 5 Millionen steigen wird.¹⁵²

¹⁵⁰ „Der Kernsektor ist hochgradig politisch reguliert; seine Leistungen werden vor allem durch die Beiträge der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert, wobei den Freiheiten in der Preis- und Dienstgestaltung enge Grenzen gesetzt sind. Auch der Zugang in den Sektor ist begrenzt, des weiteren der Werbungs- und Marketingspielraum.“ Vgl. HARTMANN, ANJA K. (2002): *Zwischen Differenzierung und Integration. Die Entwicklung des Gesundheitssystems in den Niederlanden und der Bundesrepublik*. Opladen. S. 226.

¹⁵¹ BANDEMER, STEPHAN VON/EVANS, MICHAELA/HILBERT, JOSEF (2004): „Gesundheitswirtschaft: Die große Hoffnung auf des Messers Schneide?“ In: INSTITUT ARBEIT UND TECHNIK (Hg.): *Jahrbuch 2003/2004*. Gelsenkirchen. S. 3.

¹⁵² BANDEMER, STEPHAN VON, HILBERT, JOSEF (2003): „Moderne Arbeit in Medizin und Pflege.“ In: INSTITUT ARBEIT UND TECHNIK (Hg.): *Jahrbuch 2002/2003*. Gelsenkirchen. S. 117.

Tabelle 1: Wachstumsraten der Erwerbstätigen im Kernsektor des Gesundheitswesens (in 1.000) (*Eigene ergänzte Darstellung und Berechnungen*).

Gesundheitspersonal nach Berufen in 1000	1991 ¹	1997 ²	1998 ²	1999 ²	2000 ²	2001 ²	2002 ²	Wachstum '91-'97 in %	Wachstum '97-'02 in %
Ärzte	244	283	287	291	295	298	301	15,9	6,4
Zahnärzte	55	62	62	63	63	64	64	12,7	3,2
Apotheker	42	52	52	53	53	53	54	23,8	3,8
Heilpraktiker	14	16	16	18	17	18	18	14,3	12,5
Krankenschwestern und -Pfleger, Hebammen	708	689	697	695	696	697	705	- 2,7	2,3
Helfer in der Krankenpflege	122	203	203	207	216	223	229	66,4	12,8
Diätassistenten, Ernährungsfachleute, pharmazeutisch-technische Assistenten	36	11+x ³ +41	11+x ³ +44	12+x ³ +44	11+x ³ +47	12+x ³ +48	12+x ³ +50	44,4	19,2
Med. technische Assistenten, verwandte Berufe	109	94	94	94	94	93	96	13,8	2,1
Therapeutische Berufe	23	40	43	45	52	54	59	73,9	47,5
(Ambulante/stationäre) Altenpfleger	164	199	211	229	245	263	277	21,3	39,2
Masseure, med. Bademeister, Krankengymn.	114	105	112	120	119	126	130	- 7,9	23,8

1) Quelle: KBV, Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege. Zitiert nach: FRETSCNER, RAINER/HARTMANN, ANJA K. (2002): „Der Gesundheitssektor: Stiefkind oder Hidden Champion der Dienstleistungsgesellschaft?“ In: HARTMANN, ANJA K./MATHIEU, HANS (Hg.): *Dienstleistungen in der Neuen Ökonomie. Struktur, Wachstum und Beschäftigung*. Berlin. S. 102.

2) STATISTISCHES BUNDESAMT (Hg.) (2003): *Gesundheit. Personal 1997 bis 2002*. Wiesbaden. Noch nicht erschienen! (*Liegt auf CD-ROM bei*

3) In den neueren Statistiken sind die drei Berufsgruppen getrennt aufgeführt bzw. fehlt die Gruppe der Ernährungsfachleute. Mit großer Wahrscheinlichkeit ist davon auszugehen, dass diese mit den Diätassistenten zusammengefasst werden. Obwohl eine Kennziffer fehlt, ist die Wachstumsrate dennoch aussagekräftig genug, um den Aufwärtstrend dieser Berufsgruppe(n) zu bestätigen.

Wie aus *Tabelle 1* abzulesen ist, konnten die von HARTMANN als die wachstumsstärksten ermittelten Gruppen des Gesundheitspersonals zwischen 1997 und 2002 nochmals zulegen. Zu diesen gehören die therapeutischen Berufe, die von 1991 bis 1997 bereits um von 73,9 % und zwischen 1997 und 2002 nochmals um 47,5 % zugenommen haben. Die Gruppe der Altenpfleger/innen folgt mit einem Zuwachs von 39,2 % Beschäftigten im genannten Zeitraum. Mit 23,8 % und damit einem ebenfalls überdurchschnittlichen Wachstum in jener Zeitspanne kann die Gruppe der Masseure, medizinischen Bademeister und Krankengymnasten den drittgrößten Anstieg seit 1997 für sich verbuchen. Das Wachstum der Krankenschwestern und –pfleger sowie Hebammen fällt mit nur 2,3 % dagegen äußerst gering aus, was auf die schrittweise Absenkung der Bettenzahlen, die Verringerung der Pfl egetage und die kürzere Verweildauer in den 90er Jahren zurückzuführen ist. Die Anzahl der Betten fiel zwischen 1991 und 2001 von 665.565 um 17 % auf 552.680, die der Pfl egetage von 203.552 um 20 % auf 162.795, während die durchschnittliche

Verweildauer von 14,6 Tagen um 33 % auf 9,8 Tage abgenommen hat.¹⁵³ Dass die Zahl der Beschäftigten in der Pflege und Nachsorge der Patienten im Krankenhaus nicht abgenommen hat, ist auf den gleichzeitigen Anstieg der Fallzahlen seit 1991 von 13.924.907 um 19 % auf 16.583.906 im Jahr 2001 zurückzuführen. Durch die kürzere Verweildauer wird die Arbeitsintensität komprimiert und dadurch erhöht, da weniger Zeit für die stationäre Rehabilitation vor Ort bleibt. Aufgrund derart gestiegener Anforderungen kann man für das Krankenhaus eine zunehmende Professionalisierung durch Zunahme der examinierten Pflegekräfte bei einem gleichzeitigen Rückgang der Hilfskräfte beobachten.¹⁵⁴ Vom Trend zur Verkürzung der Verweildauer im Krankenhaus haben insbesondere die therapeutischen Berufe, aber auch die Gruppe der Masseur, medizinischen Bademeister und Krankengymnasten profitieren können, die in der anschließenden Rehabilitation zum Einsatz kommen. Die Einführung von Fallpauschalen in Form so genannter *diagnostic related groups* hat den Druck auf die Krankenhäuser zur Geringhaltung der Liegezeiten zusätzlich verschärft. Aufgrund dessen hat sich der Schwerpunkt der Nachsorge vom Krankenhaus zunehmend in die Rehabilitationseinrichtungen bzw. zu den Patienten nach Hause verlagert. Dennoch haben die Krankenhäuser laut BANDEMER und HILBERT zwischen 2001 und 2002 ca. 27 %, solche mit Kapazitäten über 300 Betten sogar an die 40 % neues Personal eingestellt.¹⁵⁵ Der Blick in die Zukunft in diesem Beschäftigungssektor verspricht daher, dass die Nachfrage nach Arbeitskräften auch in den nächsten Jahren nicht abreißen wird. Bereits jetzt könnten 28 % der Krankenhäuser zusätzliches Pflegepersonal und 49 % zusätzliches medizinisches Personal einstellen, über welche der Arbeitsmarkt zurzeit jedoch leider nicht verfügt.¹⁵⁶ Die Situation dürfte sich zuspitzen, wenn die Bundesregierung die Arbeitszeitregulierung der europäischen Union umsetzen wird, nach der z.B. die Bereitschaftszeiten der Ärzte als Arbeitszeit gewertet werden. Auch aus der Abschaffung bzw. Umwandlung der „Arzt im Praktikum“-Stellen (A/P) dürfte ein Mehrbedarf an Ärzten entstehen.¹⁵⁷

¹⁵³ BANDEMER, STEPHAN VON, HILBERT, JOSEF (2003): „Moderne Arbeit in Medizin und Pflege.“ In: INSTITUT ARBEIT UND TECHNIK (Hg.): *Jahrbuch 2002/2003*. Gelsenkirchen. S. 118.

¹⁵⁴ Ebd. S. 118.

¹⁵⁵ Ebd. S. 119.

¹⁵⁶ Ebd. S. 120.

¹⁵⁷ Mit den Folgen des quantitativen und qualitativen Arbeitskräftemangels als einer der wesentlichen wachstumshemmenden Faktoren für die Gesundheitswirtschaft wird sich *Abschnitt 4.2.1* eingehend auseinander setzen.

Das Wachstum der Altenpfleger und auch Helfer in der Krankenpflege ist mit der Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung Mitte der 90er Jahre und dem anschließenden Boom der privaten Pflegedienste zu erklären. Aber auch die zunehmende Alterung der Gesellschaft bei gleichzeitig steigender Frauenerwerbsquote¹⁵⁸ lassen den Bedarf nach unterstützenden professionellen sozialen Diensten steigen.

b) Zu den *Randbereichen* der Gesundheitswirtschaft zählen vor allem die kapital- und technologieintensiven Vorleistungs- und Zulieferindustrien, z.B. die pharmazeutische Industrie, die Medizin- und Gerontotechnik und in den letzten Jahren verstärkt auch die Bio- und Gentechnologie, welche zu den *Health Care Industries* zählen.¹⁵⁹ Weiterhin gehören sowohl das Gesundheitshandwerk (Zahntechniker, Optiker, Orthopäden etc.) als auch der Groß- und Facheinzelhandel von medizinischen und orthopädischen Produkten den Randbereichen an. Kennzeichnend für sie ist die Bereitstellung von Produkten (Arzneimitteln, technische Hilfsmittel etc.), die darauf abzielen, bei der Prävention, Kuration oder Rehabilitation einen positiven Beitrag zur Wiederherstellung von Lebensqualität zu leisten.¹⁶⁰ Auf diese Weise sind sie eng mit dem Kernsektor bzw. mit dem Gesundheitssystem verbunden und damit von dortigen Reformen unter Umständen direkt betroffen. Große Hoffnungen setzt man auf die Biotechnologie, die bereits 1997 rund 70 % des Gesamtumsatzes in Höhe von 50 Milliarden Dollar mit Pharmazie, Analytik und Diagnostik erzielte.¹⁶¹

Wie die gesamte Gesundheitswirtschaft bilden auch ihre Randbereiche kein homogenes Gebilde, so dass in der *Tabelle 2* nur einige ausgewählte Branchen herangezogen werden, um das Beschäftigungspotential für ganz Deutschland kenntlich zu machen. Lediglich für NRW lassen sich in *Tabelle 3* die Beschäftigungszahlen verlässlich zusammenfassen.

¹⁵⁸ In diesem Zusammenhang bedeutet eine steigende Frauenerwerbsquote, dass berufstätige Frauen nicht länger die im Haushalt erbrachte informelle Arbeit leisten, zu der meist auch die Pflege und Betreuung Verwandter zählen, wodurch diese die Nachfrage nach solchen wiederum erhöhen. *Abschnitt 4.1.2* befasst sich ausführlich mit diesem Zusammenhang.

¹⁵⁹ HILBERT, JOSEF/FRETSCHNER, RAINER/DÜLBERG, ALEXANDRA (2002): *Rahmenbedingungen und Herausforderungen der Gesundheitswirtschaft*. Gelsenkirchen. S. 4.

¹⁶⁰ Vgl. auch: STATISTISCHES BUNDESAMT (Hg.) (1998): *Gesundheitsbericht für Deutschland*. Stuttgart. S. 346. Zitiert nach: HILBERT, JOSEF/FRETSCHNER, RAINER/DÜLBERG, ALEXANDRA (2002): *Rahmenbedingungen und Herausforderungen der Gesundheitswirtschaft*. Gelsenkirchen. S. 5.

¹⁶¹ FRETSCHNER, RAINER/HARTMANN, ANJA K. (2002): „Der Gesundheitssektor: Stiefkind oder Hidden Champion der Dienstleistungsgesellschaft?“ In: HARTMANN, ANJA K./MATHIEU, HANS (Hg.): *Dienstleistungen in der Neuen Ökonomie. Struktur, Wachstum und Beschäftigung*. Berlin. S. 103. Siehe auch *Abschnitt 4.1.4* über den medizinisch-technischen Fortschritt.

Tabelle 2: In ausgewählten Randbereichen der Gesundheitswirtschaft tätiges Gesundheitspersonal¹⁶²

Gesundheitspersonal nach Einrichtungen in 1000	2001	2002
Gesundheitshandwerk und Einzelhandel	155	155
Pharmazeutische Industrie	112	110
Medizintechnische augenoptische Industrie	98	101
Medizinische Laboratorien und Großhandel	73	79

Tabelle 3: Gesamtbeschäftigung in der Gesundheitswirtschaft in NRW 1998¹⁶³

Insgesamt	957.280	100 %
Gesundheits- und Arbeitsschutz	11.055	1,2 %
Ambulante Gesundheitsversorgung	373.081	39,0 %
Stationäre und teilstationäre Gesundheitsversorgung	362.351	37,9 %
Krankentransporte und Rettungsdienste	10.500	1,1 %
Verwaltung	ca. 50.000	5,2 %
Ausbildungsstätten und Forschungseinrichtungen	ca. 10.000	1,0 %
Vorleistungs- und Zuliefererindustrien	113.293	11,8 %
Randbereiche und Nachbarbranchen des Gesundheitswesens	27.000	2,8 %

c) Das Merkmal der *Nachbarbranchen* der Gesundheitswirtschaft ist die besondere Gesundheitsbezogenheit ihrer Produkte und Dienstleistungen. Anhand der Berücksichtigung und Ergänzung ihres „klassischen“ Angebots durch Aspekte von Gesundheit und Lebensqualität entstehen Verflechtungen mit zahlreichen anderen Wirtschaftsbereichen. Beispielsweise bietet die Wohnungswirtschaft altengerechte Domizile mit besonderen Vorrichtungen an, welche die evt. Pflegebedürftigkeit bereits berücksichtigen. Neue Medien und Technologien im Bereich *E-Health* ermöglichen es zudem, dass der Kunde seine Lebenszeit möglichst lange in seiner ihm vertrauten Umgebung verbringen kann. Beispielsweise registrieren so genannte „intelligente Böden“, ob der Bewohner steht bzw. sein Gewicht an einer Stelle konzentriert oder er gestürzt ist und Hilfe benötigt.

Ähnliche Verknüpfungen lassen sich ebenfalls in den Branchen *Fitness*, *Wellness*¹⁶⁴ und *Sport* ausmachen, wo zunehmend gesundheitliche Kriterien

¹⁶² STATISTISCHES BUNDESAMT (Hg.) (2003): *Gesundheitspersonal nach Berufen in 1000*. Letztmalig aktualisiert am 02. Dezember 2003. Im Internet unter <[Link](#)>.

¹⁶³ HILBERT, JOSEF/FRETSCHNER, RAINER/DÜLBERG, ALEXANDRA (2002): *Rahmenbedingungen und Herausforderungen der Gesundheitswirtschaft*. Gelsenkirchen. S. 8.

¹⁶⁴ Der Begriff lässt sich im Englischen bis 1654 zurückverfolgen und beschreibt einen Zustand guter Gesundheit und allgemeinen Wohlbefindens. Im 20. Jahrhundert wurde er von dem amerikanischen Arzt Kenneth H. Cooper als Mischwort aus *Well-being* und *Fit-ness* ge-

eine Rolle spielen. Die gesamte Fitness und Wellnessbranche steht sinnbildlich für den Boom von gesundheitsbezogenen Leistungen in unserer Gesellschaft. Die Zahl der Fitnessanlagen hat sich von 500 im Jahr 1975 auf ca. 6.500 im Jahre 2002 verdreizehnfacht, unterdessen ist die Zahl der Mitglieder von ca. 15.500 auf ca. 5,4 Millionen angestiegen. Demnach nehmen 6,6 % der deutschen Bevölkerung regelmäßig an Fitnessaktivitäten teil.¹⁶⁵ Die größten Zuwachsraten hat die Branche seit Anfang der 90er Jahre verzeichnen können, in denen die Anzahl der Studios laut BEYER zwischen 1991 und 1999 um 48,7 % und der Umsatz um 181 % auf 4,5 Milliarden DM gestiegen ist.¹⁶⁶ Zahlreiche Fitness-Studios bieten ihre Unterstützung bei einer gesunden „Lebensführung“ an und haben ihren Gerätepark entsprechend mit „Wohlfühlbereichen“ wie Saunen und Servicebereichen ergänzt, in denen Ernährungsberater zusammen mit Trainern Diätpläne und so genannte „fat-burner“-Programme entwickeln und abstimmen. Zunehmend werden auch Physiotherapeuten/innen und diplomierte Sportlehrer/innen eingesetzt, um Angebote wie präventives Rückentraining oder Unterstützung bei der Rehabilitation nach Unfällen zu realisieren. Zur Untermauerung des gesundheitlichen Anspruchs und der damit verbundenen Seriosität und erforderlichen Qualität haben sich bereits vor dem Jahr 2002 ca. 100 Einrichtungen gemäß dem RAL¹⁶⁷-Zertifikat prüfen lassen, um Gütesiegel wie „Gesundheitszentrum“ der Gütegemeinschaft Gesundheitssportzentrum e.V.“ oder „Präventiver Gesundheitssport“ tragen zu dürfen. Seit 2002 werden diese zunehmend vom Gütezeichen der TÜV Rheinland Group abgelöst, welches zusammen mit der Schweizer Qualitop entwickelt wurde. Seit 2003 gesellt sich zu jenem das Prüfverfahren *Prae-fit*, das gemeinschaftlich von den eingetragenen Vereinen *Deutscher Sportstudioverband*, der *Deutschen Fitnesslehrer Vereinigung* und

prägt. Vgl. BINNEWITT, NICOLE [ET AL.] (2002): *Wellness. Die neue Perspektive für den Kurerfolg. Eine Herausforderung für Gesundheitswirtschaft und Gesundheitsbildung*. Bielefeld. Zitiert nach: RAUCH, JOACHIM (2003): „Medizinische/r Wellnesstrainer/in. Chancen für eine berufliche Weiterbildung von Masseuren/innen und med. Bademeister/innen sowie Physiotherapeuten/innen.“ In: VPT. VERBAND PHYSIKALISCHE THERAPIE (Hg.). Im Internet unter: <[Link](#)>. Letztes Update: 30.05.03. S. 1.

¹⁶⁵ BÄRWALD, HORST, FREIKAMP, HENRIETTE (2003) „Wellness – zur wirtschaftlichen und arbeitsmarktpolitischen Bedeutung des gegenwärtigen Booms.“ In: VPT. VERBAND PHYSIKALISCHE THERAPIE (Hg.). Im Internet unter: <[Link](#)>. Letztes Update: 25.04.03. S. 2/3.

¹⁶⁶ BEYER, LOTHAR [ET AL.] (2000): „Zukunftsbranche Lebensqualität? Chancen und Herausforderungen beim Ausbau personenbezogener Dienstleistungen.“ In: INSTITUT ARBEIT UND TECHNIK: *Jahrbuch 1999/2000*. Gelsenkirchen. S. 33.

¹⁶⁷ Die Bezeichnung „RAL“ leitet sich von der Bezeichnung „Reichs-Ausschuss für Lieferbedingungen“ ab, der 1925 von der Privatwirtschaft zusammen mit der Regierung der Weimarer Republik gegründet wurde. Er diente ursprünglich der Rationalisierung und ist heute anerkannter Entwickler und Verleiher von Gütesiegeln. Zu diesen gehören z.B. der „blaue Umweltengel“ Vgl. auch <www.ral.de>.

dem *Deutschen Fitness und Aerobic Verband* entwickelt wurde. Die Auszeichnung mit einem solchen Gütesiegel unterstützt zum einen das gesundheitsförderliche Image, zum anderen macht es sich hinsichtlich des seit dem 01.01.04 gültigen Gesundheitsmodernisierungsgesetzes für das Studio werbewirksam bezahlt.¹⁶⁸ Darüber hinaus ist den Anbietern entschieden an der Anerkennung ihrer Qualifikationen gelegen, denn mit Einsetzen des Booms in der Wellness-Branche registriert man das Auftauchen einer Vielzahl neuer Berufsbilder bzw. entsprechender Weiterbildungsangebote, deren Seriosität von langjährigen Experten der Branche angezweifelt wird. Das Problem bestehe ihrer Meinung nach derzeit darin, dass es keine klar umrissenen Berufsfelder mit verbindlichen Inhalten, keine geschützten Berufsbezeichnungen und (lange Zeit) keine staatlich anerkannten Zertifikate gegeben habe.¹⁶⁹ Obwohl sich die Hoffnungen, die gegenwärtig in die Gesundheitswirtschaft gesetzt werden, mit der Herausbildung von neuen innovativen Dienstleistungen zu bestätigen scheinen, gibt es gerade im Bereich der Qualifizierung noch einigen Handlungsbedarf, wie das Beispiel des „Wellnesstrainers“ deutlich macht:

Im Moment aber herrscht Wildwest bei Wellness. Eine fette Weide für schwarze Schafe. „Schon der Begriff Ausbildung ist Etikettenschwindel“, sagt Lutz Hertel. Der Vorsitzende des Deutschen Wellness Verbandes versteht sich nicht als Wellness-Lobbyist, sondern als Verbraucherschützer. „Ein Bäcker weiß, was er ist“, sagt er, „sein Meisterbrief zählt etwas. Aber was bedeutet Wellness-Trainer?“ Selbst beim neuen Lehrgang der Industrie- und Handelskammern zum Wellness-Berater in 88 Stunden mit Zertifikat verspürt Hertel „große Bauchschmerzen“. Gesundheitstrainer werden in zwei Wochen? „Es geht doch um die Gesundheit von Menschen!“, ruft der Verbandschef. Ein Wellness-Trainer werde mit Krankheiten und Risikofaktoren bei Gästen konfrontiert. Das setze diagnostische Verfahren und Grundkenntnisse in Humanbiologie und Medizin voraus, wie man sie auch bei Heilpraktikern erwartet.¹⁷⁰

Der Verband für physikalische Therapie hat entsprechend reagiert und bietet seit Mitte des Jahres 2004¹⁷¹ für die Berufsgruppen der medizinischen Bademeister/innen, Physiotherapeuten/innen und Masseur/innen eine Weiterbildung zum medizinischen *Präventions- und Wellnesstrainer/in* an. Die genann-

¹⁶⁸ DELOITTE & TOUCHE (2004): *Der deutsche Fitness- und Wellness-Markt. Newsletter Fitness & Wellness Markt 3/2004*. Düsseldorf. Im Internet unter: <[Link](#)>. S. 6.

¹⁶⁹ ERLICH, GÜNTER (2002): „Rohe Kräfte. Sie heißen Wellness-Trainer. Aber sie lernen nicht, was ein Rasulbad ist. Bisher gibt es für den Job keine Ausbildungskriterien. Und keine staatliche Prüfung.“ In: *Die Zeit*. 41/2002. Im Internet unter: <[Link](#)>. Letztes Update: Unbekannt. S. 1.

¹⁷⁰ Ebd. S. 2.

¹⁷¹ Vgl. RAUCH, JOACHIM (2004): „Weiterbildung zum ‚med. Präventions- und Wellnesstrainer‘ unter Dach und Fach.“ In: VPT. VERBAND PHYSIKALISCHE THERAPIE (Hg.). Im Internet unter: <[Link](#)>. Letztes Update: 23.07.04.

ten Berufe verfügen bereits zum Großteil über die notwendigen Kompetenzen, die in der Fortbildung weiter ausgebaut werden.¹⁷²

Auch in der Tourismusbranche lässt sich ein zunehmender Gesundheitsbezug beobachten: Dort werden verstärkt Dienstleistungspakete geschnürt, welche die kleineren Gebrechen ihrer betagten Kunden von vornherein berücksichtigen: So werden An- und Abfahrtswege bewusst kurz gehalten bzw. Pendelbusse bereitgestellt; auf Wanderungen und anderen Aktivitäten wird darauf geachtet, dass medizinische Einrichtungen in der Umgebung sind bzw. geschultes Personal anwesend ist, das notfalls *Erste Hilfe* leisten kann. Aufgrund ihres hohen Freizeitaufkommens und ihrer finanziellen Situation stellen gerade Rentner eine attraktive Zielgruppe dar.

Der Bereich der Ernährung dokumentiert neben der Fitness und Wellness Branche am deutlichsten das Einsickern des gesundheitlichen Codes in die Programme des Wirtschaftssystems: Kaum ein Produkt kommt heute ohne den Hinweis auf seine die Gesundheit steigernde und das Wohlbefinden hebbende Wirkung aus. Hersteller von Ernährungsprodukten, die häufig auch als Sponsor von Sportmannschaften bzw. Sportevents auftreten, betonen bei deren Vermarktung den Zusammenhang von Sport, Ernährung (mit ihren Produkten) und gesunder Lebensführung.

Im Gegensatz zum Kernsektor stehen die Randbereiche und Nachbarbranchen der Gesundheitswirtschaft im ständigen Wettbewerb zueinander, weshalb sie auf eine effiziente Leistungserbringung bedacht sind. HARTMANN verweist jedoch in diesem Zusammenhang auf die Abhängigkeit der Randsektoren vom Kernsektor der Gesundheitswirtschaft, deren Ausweitung einen progressiven und aufgeschlossenen Kernsektor voraussetzt.¹⁷³ Allerdings zeigt das Beispiel des medizinischen Präventions- und Wellnesstrainers, dass die Randsektoren auch in der Lage sind, gewinnbringend vom Know-how des Kernsektors zu profitieren, indem sie sich z.B. mit seiner Hilfe professionalisieren und auf diese Weise gegenüber Laien abgrenzen können. Daneben kann das Entstehen derlei neuer Tätigkeitsfelder als weiterer Beleg für die

¹⁷² „Meiner Meinung nach kann aus dem vorgenannten nur eine wirklich zukunftsweisende Schlussfolgerung getroffen werden: Masseur/innen und med. Bademeister/innen sowie Physiotherapeuten/innen bringen die geforderten medizinisch-therapeutischen Grundlagen mit. Eine qualifizierte, staatlich anerkannte Weiterbildung verschafft ihnen die nötige Wellnesskompetenz.“ RAUCH, JOACHIM (2003): „Medizinische/r Wellnesstrainer/in. Chancen für eine berufliche Weiterbildung von Masseuren/innen und med. Bademeister/innen sowie Physiotherapeuten/innen.“ In: VPT. VERBAND PHYSIKALISCHE THERAPIE (Hg.). Im Internet unter: [<Link>](#). Letztes Update: 30.05.03. S. 1.

¹⁷³ HARTMANN, ANJA K. (2002): *Zwischen Differenzierung und Integration. Die Entwicklung des Gesundheitssystems in den Niederlanden und in der Bundesrepublik*. Opladen. S. 233.

Ausdehnung des Gesundheitscodes gewertet werden, denn in ihnen spiegelt sich der ganzheitliche Anspruch der Menschen nach Gesundheit wider.¹⁷⁴

¹⁷⁴ Vgl. HARTMANN, ANJA K. (2002): *Zwischen Differenzierung und Integration. Die Entwicklung des Gesundheitssystems in den Niederlanden und in der Bundesrepublik*. Opladen. S. 206.

4. Die Beobachtung der Gesundheitswirtschaft mittels des Codes wachstumsförderlich/wachstumshemmend

In der bisher erschienenen Literatur zur Gesundheitswirtschaft werden ihre Einflussfaktoren häufig gemäß der Unterscheidung exogen/extern getrennt aufgezählt. Zwar gibt diese Unterscheidung Aufschluss über die Richtung, aus welcher die Einflüsse kommen, allerdings ist damit noch keine Aussage über deren Wirkung in einer bestimmten Weise – hier der wirtschaftlichen – enthalten. Um das Potential, aber auch die Probleme und Risiken bei ihrer Entfaltung kenntlich zu machen, wird die Gesundheitswirtschaft daher – in Anlehnung an LUHMANN und im Sinne der Fragestellung dieser Arbeit – mittels des binären Codes wachstumsförderlich/wachstumshemmend *beobachtet*.¹⁷⁵

Auf diese Weise lässt sich nicht nur ein Erkenntnisgewinn darüber erzielen, ob etwas positive oder negative wirtschaftliche Folgen besitzt, sondern auch jene dezidiert einem der drei Sektoren der Gesundheitswirtschaft zuordnen. Interessant wird dabei zu beobachten sein, dass sowohl wachstumsförderliche als auch wachstumshemmende Wirkungen von ein und demselben Einflussfaktor ausgehen können. Zudem können sich diese auf einen Sektor allein konzentrieren und sich dadurch gegenseitig konterkarieren, oder aber die positive Entwicklung in einen Sektor bedeutet eine negative Entwicklung in einem anderen. Ersteres trifft z.B. für den demografischen Wandel zu, während das zweite Szenario die möglichen Folgen des medizinisch-technischen Fortschritts beschreibt.

Die Unterscheidung exogen/extern reduziert die Komplexität dieser Zusammenhänge auf ein zu geringes Maß und ist damit unzureichend, wohingegen die beobachtungsleitende Codierung wachstumsförderlich/wachstumshemmend nicht nur eine tragfähige Prognose über das Prosperieren der Gesundheitswirtschaft ermöglicht, sondern auch auf problematische Felder mit Handlungsbedarf verweist.¹⁷⁶

¹⁷⁵ In den Worten Luhmanns wird an dieser Stelle die Welt zugunsten der Fragestellung „fiktiv dupliziert“: „Binäre Codes sind *Duplikationsregeln*. Sie werden dadurch gebildet, dass Informationen im Kommunikationsprozess bewertet und dem Vergleich mit einem genau korrespondierenden Gegenwert ausgesetzt werden. Die Realität, die nach Maßgabe des Codes behandelt wird, ist nur einmal vorhanden. Sie wird gleichwohl *fiktiv dupliziert*, so dass jede Bewertung sich ihr Komplement suchen und sich in ihrem Gegenteil spiegeln kann.“ LUHMANN, NIKLAS (2004): *Ökologische Kommunikation. Kann die moderne Gesellschaft sich auf ökologische Gefährdungen einstellen?* Vierte Auflage. Wiesbaden. S. 77. Hervorhebungen von mir.

¹⁷⁶ Die Wahl der Codierung wachstumsförderlich/wachstumshemmend hat folgenschwere Konsequenzen, denn mit der Wahl dieser beobachtungsleitenden Codierung wird die (system-

Im Folgenden werden zuerst die wachstumsförderlichen und anschließend die wachstumshemmenden Faktoren zusammengetragen und auf ihre positiven bzw. negativen wirtschaftlichen Einflüsse für die Gesundheitswirtschaft hin untersucht.

4.1 Wachstumsförderliche Faktoren für die Gesundheitswirtschaft

Zu den wachstumsförderlichen Einflussfaktoren gehören die Folgen der *Individualisierung* und des *soziokulturellen (Werte)Wandels*, mit dem eine Veränderung in der *Präferenz der Bedürfnisstrukturen* einhergeht. Der Übersichtlichkeit halber wird die *Erosion der Familie* und die *Pluralisierung der Lebensformen* in einem eigenen Abschnitt behandelt werden, obwohl jene ebenfalls Konsequenz der Individualisierung sind. Im Anschluss daran werden die positiven Effekte (z.B. erhöhtes Beschäftigungswachstum infolge gesteigerter Nachfrage) des *demografischen Wandels* und des *medizinisch-technischen Fortschritts* untersucht.

4.1.1 Die Folgen von Individualisierung, soziokulturellem Wandel und geänderten Bedürfnisstrukturen für die Gesundheitswirtschaft

4.1.1.1 Das Bedürfnis nach „Lebensqualität“

Wie in *Abschnitt 2.2.3* ausgeführt wurde, hat infolge der Ausdifferenzierung der Gesellschaft die Individualisierung und Pluralisierung der Lebensstile analog zum Rückzug verbindlicher traditioneller Strukturen zugenommen. Aufgrund des Fehlens von mit alleiniger Repräsentationsmacht ausgestatteten Autoritäten buhlen eine Vielzahl Anbieter von Gesundheitsprodukten, die jeweils für sich reklamieren (können), eine gesundheits- oder das Wohlbefinden

theoretische) Perspektive aus der Sicht der Gesundheitswirtschaft auf den *Markt* eingenommen: „Sieht man aber genauer zu, dann findet man, dass diese [Verteilungs]Organisationen sich ‚nach dem Markt‘ richten; und sie meinen damit zweifellos nicht: dass sie sich nach sich selbst richten. ‚Der Markt‘ ist mithin nichts anderes als eine Grenze, er ist die *Wahrnehmung des Konsums* aus der Sicht der Produktion und Verteilungsorganisation.“ LUHMANN, NIKLAS (1994): *Die Wirtschaft der Gesellschaft*. Frankfurt a. M. S. 73. Einfügung und Hervorhebung von mir.

Wie bereits in *Abschnitt 2.2.4* diskutiert wurde und weiter thematisiert werden wird, handelt es sich bei dem „Markt“ für die Gesundheitswirtschaft um einen speziellen, da sein Kernsektor explizit *nicht* nach der Codierung des Wirtschaftssystems operiert, sondern gemäß gesund/krank. Das daraus resultierende Spannungsverhältnis – z.B. Solidar- oder Fürsorgeprinzip vs. Wettbewerb im Gesundheitswesen – stellt gleichsam den blinden Fleck dieser Beobachtung dar. Diese Problematik würde daher in *Kapitel 4.2* unter den Wachstumshemmern behandelt werden.

steigernde Wirkung zu besitzen, um die Gunst der Kunden. Komplementär dazu hat die Individualisierung des Gesundheitsdiskurses auf Nachfragerseite dazu geführt, dass das Individuum – dem Imperativ der Gesundheit folgend – sich seine eigene Bastelgesundheit zusammenstellen muss. Wie gezeigt werden konnte, kommt das Individuum dieser Verpflichtung bereitwillig nach, indem es nach optimaler Anpassung an die gesellschaftlichen Erfordernisse trachtet.¹⁷⁷ Begleitet wird die Individualisierung von einem Wertewandel von materiellen hin zu postmateriellen Bedürfnissen. Rangierten beispielsweise nach dem Krieg im Deutschland der 50er Jahre physische Bedürfnisse, wie „Wohnen“, „Nahrung“ und „Geselligkeit“ ganz oben auf der Bedürfnisskala, wurden diese in den 70ern vom Streben nach mehr Freizeit, Mediengenuss und Mobilität abgelöst. In den 80er Jahren wurden diese wiederum von integrativen Lebenskonzepten verdrängt, die auf die Vereinbarkeit von Konsum sowie Genuss einerseits mit dem Wunsch nach Natürlichkeit bzw. „Authentizität“ und Umweltverträglichkeit andererseits abzielten¹⁷⁸.

Individualisierung und Pluralisierung der Lebensstile bestimmen den Übergang von einer modernen Leistungsgesellschaft zu einer postmodernen Genusskultur. Keinesfalls schließt aber der Individualismus Gemeinschaftsbedürfnisse, der Genuss die Leistung, der Selbstbezug die Verantwortlichkeit für die Lebensumwelt aus. Es entwickelt sich der Sozialtypus des aktiven, kommunikativen, ökoorientierten Hedonisten.¹⁷⁹

Dieser Wandel in den Bedürfnispräferenzen geht mit dem Strukturwandel zur Dienstleistungsgesellschaft konform, bei dem durch Rationalisierungen im Industriesektor Arbeitskräfte freigesetzt werden konnten, die in den tertiären Sektor abgewandert sind.¹⁸⁰ Dort stoßen sie vor allem deshalb auf die Nachfrage ihrer Arbeitskraft, weil die erwähnten Produktivitätssteigerungen im primären und sekundären Sektor dazu geführt haben, dass der Bedarf an exis-

¹⁷⁷ Für Hilbert sind der Boom der Lifestylmagazine (*Men's Health*, *Fit for fun* etc.) und die öffentlich zur Schau getragene körperliche Fitness (*Healthismus*) ein Beleg dafür, dass Gesundheit und Lebensqualität für die Menschen mittlerweile den Rang von Statussymbolen genossen. Vgl. HILBERT, JOSEF/FRETSCHNER, RAINER/DÜLBERG, ALEXANDRA (2002): *Rahmenbedingungen und Herausforderungen der Gesundheitswirtschaft*. Gelsenkirchen. S. 27.

Siegrist stellt ergänzend fest, dass mit zunehmender Bildung „Gesundheit“ an *Symbolwert* zunimmt, mit niedriger Bildung jedoch lediglich *Gebrauchswert* besitzt. Vgl. SIEGRIST, JOHANNES (1998): „Machen wir uns selbst krank?“ In: SCHWARTZ, FRIEDRICH W./BADURA, BERNHARD/BUSSE, REINHARD (Hg.): *Das Public Health Buch: Gesundheit und Gesundheitswesen*. München, Wien, Baltimore. S. 118.

¹⁷⁸ Nach Baier folgte auf die „*Fresswelle*“ der 50er Jahre die „*Freizeitwelle*“ der 70er und schließlich die „*Ökowelle*“ der 80er. Vgl. BAIER, HORST (1997): *Gesundheit als Lebensqualität. Folgen für Staat, Markt und Medizin*. Zürich/Osnabrück. S. 111.

¹⁷⁹ BAIER, HORST (1997): *Gesundheit als Lebensqualität. Folgen für Staat, Markt und Medizin*. Zürich/Osnabrück. S. 110.

¹⁸⁰ Vgl. HÄUßERMANN, HARTMUT/SIEBEL, WALTER (1995): *Dienstleistungsgesellschaften*. Frankfurt a. M. S. 24 und 27ff.

tentiellen und Sachgütern bereits befriedigt worden ist. Nach dessen „Sättigung“ wächst mit den Worten von Fourastié¹⁸¹ der „Hunger“ nach kulturell und sozial orientierten Dienstleistungen, welche die individuelle *Lebensqualität* anheben.¹⁸² Im Gegensatz zu den im sekundären Sektor gefertigten Gütern, welche ein großes Rationalisierungspotential besitzen und fast beliebig nachproduziert werden können, tritt nach Fourastiés Vorstellung keine Sättigung in Bezug auf die personenbezogenen Dienstleistungen ein, da jene aufgrund des *uno-actu*-Prinzips nahezu rationalisierungsresistent sind.¹⁸³ Es besagt, dass sowohl Produktion als auch Konsumtion der Dienstleistung zeitlich und räumlich zusammenfallen müssen, wodurch sie nicht auf Vorrat produziert oder gelagert werden können.

Bei der Ausweitung der Nachfrage nach personenbezogenen Dienstleistungen gilt es jedoch eine Besonderheit zu beachten: Während der Genuss kulturell orientierter Dienstleistungen (Theater, Kino, Museum) durchaus vom verfügbaren Einkommen abhängt, ist das Bedürfnis nach sozialen Dienstleistungen ständig, auch nach Befriedigung der Primärbedürfnisse, vorhanden. Auch zielen sie nicht auf die Wiederherstellung des Normalzustandes, *bevor* das Bedürfnis nach ihnen entstanden ist. Der Normalzustand ist nämlich bereits durch das grundlegende Verlangen nach sozialen Diensten charakterisiert. Somit sind soziale Dienste weder *wohlstandsbedingt*, also allein mit einer Verschiebung der Bedürfnispräferenzen zu erklären, noch ist ihr Auftreten *pathologisch*.¹⁸⁴ Zu allen Zeiten in allen Gesellschaftsformen hat das Begehren nach sozialen Diensten zu den existentiellen Gütern gezählt, neu ist heute lediglich die auf den sozialen Wandel zurückzuführende Äußerungs- und Erbringungsform. Die Ansprüche richten sich nicht mehr an das eigene soziale Umfeld, in dem früher die Primärgruppe – auf dem Prinzip der Gegenseitigkeit beruhend – die Leistungen in natürlicher Form erbracht hat, sondern an den Staat, welcher professionalisierte Dienste gegen ein Entgelt in Form von Steuern und Versicherungsleistungen bereit stellt.¹⁸⁵

¹⁸¹ Vgl. FOURASTIÉ, JEAN (1969): *Die große Hoffnung des 20. Jahrhunderts*. Köln.

¹⁸² Vgl. BEYER, LOTHAR [ET AL.] (2003): *Dienstleistungen für mehr Lebensqualität. Trends, Gestaltungsfelder, Beschäftigungsperspektiven*. Graue Reihe des Instituts für Arbeit und Technik. Gelsenkirchen. S. 8.

¹⁸³ Diese Feststellung kann durch das Aufkommen neuer Medien und Technologien, die neue Rationalisierungspotentiale eröffnen, nur noch bedingt aufrechterhalten werden. *Abschnitt 4.2.2* setzt sich eingehender mit den Folgen für das Beschäftigungsvolumen auseinander.

¹⁸⁴ HARTMANN, ANJA K. (2002): *Zwischen Differenzierung und Integration. Die Entwicklung des Gesundheitssystems in den Niederlanden und in der Bundesrepublik*. Opladen. S. 204.

¹⁸⁵ GROSS, PETER/BADURA, BERND (1977): „Sozialpolitik und soziale Dienste: Entwurf einer Theorie personenbezogener Dienstleistungen. In: FERBER, CHRISTIAN VON/KAUFMANN, FRANZ-

Einschränkend muss allerdings festgehalten werden, dass wenn auch das Bedürfnis nach sozialen Dienstleistungen an sich nicht wohlstandsabhängig ist, Art und Umfang der Ansprüche es jedoch sehr wohl sind.¹⁸⁶ In dem Maße, wie Gesundheit ein wichtiger Bestandteil der Lebensqualität ist und ausreichend Einkommen nach Befriedigung der Primärbedürfnisse übrig bleibt, steigen auch die Ansprüche und sind Menschen bereit, zusätzliches privates Geld in die Befriedigung ihrer Bedürfnisse zu investieren, was sich wiederum positiv auf Wachstum und Beschäftigung der Gesundheitswirtschaft auswirkt.¹⁸⁷ Betrachtet man in *Tabelle 4* die Konsumausgaben privater Haushalte für Gesundheitspflege nach ihrer sozialen Stellung des Haupteinkommensbezieher, so bestätigt sich der Eindruck. Mit zunehmender Höhe der Konsumausgaben nimmt der Anteil der Aufwendungen für die Grundbedürfnisse Bekleidung, Wohnen und Ernährung ab. Beispielsweise entfallen von den durchschnittlichen Konsumausgaben eines Arbeitslosengeld beziehenden Haushalts in Höhe von 1.285 € je Monat bereits ca. 58 % auf jene. Demgegenüber geben Beamtenhaushalte mit einem Budget von 3.301 € nur 40 % für die Stillung ihrer Grundbedürfnisse aus. Dafür nutzten sie ihren finanziellen Spielraum besonders für den Konsum von kulturellen, gastronomischen und *gesundheitsbezogenen* Leistungen. Die überaus hohe Zahl der Aufwendungen für Gesundheitsleistungen von Beamten muss aber dahingehend relativiert werden, dass diese im Gegensatz zu den pflichtversicherten Arbeitern und Angestellten in der Regel privat versichert sind und dadurch zum einen den Arbeitgeberanteil selber abführen und zum anderen fast sämtliche Leistungen privat vorfinanzieren müssen, bevor sie von der privaten Krankenkasse oder der öffentlichen Beihilfe rückerstattet werden. Dennoch liegt die Zahl weit über dem Durchschnitt dessen, was andere Haushalte ausgeben. Neben den Beamten stellen auch die Senioren, hier unter den „Nicht-erwerbstätigen“ aufgeführt, offensichtlich eine attraktive Zielgruppe dar.

XAVER (Hg.): *Soziologie und Sozialpolitik*. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. Sonderheft 19. S. 361-385. Zitiert nach: HARTMANN, ANJA K. (2002): *Zwischen Differenzierung und Integration. Die Entwicklung des Gesundheitssystems in den Niederlanden und in der Bundesrepublik*. Opladen. S. 205.

¹⁸⁶ „Der Nachfragebias besagt, dass mit wachsendem Einkommen die Nachfrage nach Dienstleistungen überproportional zunimmt (steigende Einkommenselastizität).“ BOSCH, GERHARD/WAGNER, ALEXANDRA (2002): „Nachhaltige Dienstleistungspolitik.“ In: BOSCH, GERARD [ET AL.] (Hg.): *Die Zukunft von Dienstleistungen. Ihre Auswirkungen auf Arbeit, Umwelt und Lebensqualität*. Frankfurt a. M./New York.

¹⁸⁷ Stellvertretend für viele Vertreter der Wachstumsthese sei hier verwiesen auf: BEYER, LOTHAR [ET AL.] (2000): „Zukunftsbranche Lebensqualität? Chancen und Herausforderungen beim Ausbau personenbezogener Dienstleistungen.“ In: INSTITUT ARBEIT UND TECHNIK (Hg.): *Jahrbuch 1999/2000*. S. 32; 36.

Tabelle 4: Monatliche Konsumausgaben privater Haushalte nach sozialer Stellung des Haupteinkommensbeziehers im Jahr 2001¹⁸⁸

Monatliche Konsumausgaben privater Haushalte nach sozialer Stellung des Haupteinkommensbeziehers im Jahr 2001 (in €)	Beamter/Beamtin	Angestellte/r	Arbeiter/in	Arbeitslose/r	Nicht- werb- stätige/r
Private Konsumausgaben insgesamt	3.301	2.222	2.051	1.285	1.623
Nahrungsmittel, Getränke, Tabakwaren	355	295	327	225	223
Bekleidung und Schuhe	176	139	109	62	76
Wohnen, Energie, Wohnungsinstandhaltung	795	663	636	454	566
Innenausstattung, Haushaltsgeräte und –gegenst.	344	169	168	67	105
Gesundheitspflege	283	54	43	18	87
Verkehr	551	328	301	172	188
Nachrichtenübermittlung	69	60	56	48	40
Freizeit, Unterhaltung, Kultur	395	274	221	134	183
Bildungswesen	18	15	13	7	3
Beherbergungs- und Gaststättendienstleistungen	194	133	105	51	83
Andere Waren und Dienstleistungen	122	92	73	47	68

In dem Maße, wie die Bereitschaft zur Erweiterung des Umfangs der privaten Ausgaben für gesundheitsbezogene Dienstleistungen gewachsen ist, stieg auch proportional der Anspruch an ihre Qualität: Das traditionelle Krankenhaus weicht in dieser Vorstellung einer hotelähnlichen Einrichtung mit ständiger medizinischer Betreuung, in welcher der Patient auf gewohnte Standards wie Internetanschluss, Gastronomie etc. nicht verzichten muss („*Enthospitalisierung*“).¹⁸⁹

4.1.1.2 Public-Health als Totalinklusion – *aktive* und *passive* Prävention

Die neuerliche Verschiebung in den Bedürfnisstrukturen, das Streben nach „Lebensqualität“, erweist sich somit als Motor der sozialen, personenbezogenen Dienstleistungen und damit der gesamten Gesundheitswirtschaft¹⁹⁰, die vor neue Aufgaben gestellt wird:

¹⁸⁸ Darstellung und Quelle: STATISTISCHES BUNDESAMT (Hg.) (2004): *Datenreport 2004. Zahlen und Fakten für die Bundesrepublik Deutschland*. Bonn. S. 131.

¹⁸⁹ HILBERT, JOSEF/FRETSCHNER, RAINER/DÜLBERG, ALEXANDRA (2002): *Rahmenbedingungen und Herausforderungen der Gesundheitswirtschaft*. Gelsenkirchen. S. 31. Vgl. auch Beyer: „Vor allem Senioren, der bedeutendste Wachstumsmarkt für die nächsten Jahre („Silver Market“), sind nicht mehr nur am Produkt, sondern verstärkt am Service interessiert.“ BEYER, LOTHAR [ET AL.] (2002): „Soziodemographischer Wandel: Triebkraft für die Entwicklung neuer Dienstleistungen.“ In: BOSCH, GERARD [ET AL.] (Hg.): *Die Zukunft von Dienstleistungen. Ihre Auswirkungen auf Arbeit, Umwelt und Lebensqualität*. Frankfurt a. M./New York. S. 150. Vgl. auch Abschnitt 4.1.3.

¹⁹⁰ Die Entstehung der *Präventions- und Wellnesstrainer/innen* kann als die Bestätigung von Baiers These angesehen werden.

Die Medizin, ihre Berufe und Techniken wie ihre Märkte werden zunehmend vom *postmodernen Wertewandel* erfasst. Die medizinischen Anbieter werden gedrängt, Leistungen zu entwickeln, die auf *Vorsorge für Gesundheit* und auf *Nachsorge nach Behandlung* ausgehen – die kurative Medizin tritt zurück. Die medizinischen Nachfrager wollen Gesundheit gesichert und Lebensgenuss ermöglicht haben – physische, psychische und soziale Wohlbefindlichkeit wird zum Ausweis der „Lebensqualität“. ¹⁹¹

Erst im Sog dieser Anforderungen konnte sich die *Public-Health*-Bewegung ihren Weg bahnen und im Zuge der Medikalisierung die verschiedensten gesellschaftlichen Bereiche in das Gesundheitssystem inkludieren. ¹⁹² Alles, was auf Ökologie, Nachhaltigkeit, die Lösung sozialer und wirtschaftlicher Probleme und natürlich Gesundheit an sich abzielt – sich an den Lebensbedürfnissen der Menschen orientiert –, dient nach der Definition BEYERS der „Lebensqualität“. ¹⁹³ Und mit dem Ziel, diese zu fördern bzw. zu erhalten, hat die Prävention ihren Weg in fast alle genannten gesellschaftlichen Teilbereiche gefunden, wo sie über die Bewahrung der Lebensqualität wacht: Noch bevor eine Krankheit erkennbar ist, greift die *Verhaltensprävention*, die das Individuum von seiner gesundheitsschädlichen Lebensführung (Rauchen, Essgewohnheiten, Vernachlässigung der Zahnpflege, Nicht-Anlegen eines Sicherheitsgurtes etc.) abbringen will. Die *Verhältnisprävention* erweitert den Fokus auf technische, organisatorische und soziale Bedingungen des Umfelds sowie der Umwelt und deren Auswirkung auf die Entstehung von Krankheiten (z.B. Arbeitsschutz in Betrieben, Stressfaktoren, Umweltverschmutzung etc.). Wahrgenommen wird die Einhaltung der Maßnahmen durch öffentliche Verwaltungen, Berufsgenossenschaften oder von autorisierten privatrechtlichen Verbänden wie dem TÜV, DIN etc. ¹⁹⁴ Sowohl die Verhaltens- wie auch die Verhältnisprävention gehören zur *Primärprävention*, die sich der Senkung der Erkrankungswahrscheinlichkeit widmet. Die *Sekundärprävention* setzt sich mit der Früherkennung zur Vorverlagerung der medizinischen Intervention auseinander. Von der medizinischen Intervention verspricht man sich bessere Heilungschancen, noch bevor es zur eigentlichen Manifestation und Behand-

¹⁹¹ BAIER, HORST (1997): *Gesundheit als Lebensqualität. Folgen für Staat, Markt und Medizin*. Zürich/Osnabrück. S. 116. Hervorhebungen von mir.

¹⁹² „Public Health versteht sich als Mobilisierung lokaler, regionaler und internationaler Ressourcen mit dem Ziel, die Lebensumstände so zu gestalten, dass Menschen in Gesundheit leben können.“ FEHR, RAINER (2001): *Ökologische Gesundheitsförderung. Analysen – Strategien – Umsetzungswege*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle. S. 13.

¹⁹³ BEYER, LOTHAR [ET AL.] (2003): *Dienstleistungen für mehr Lebensqualität. Trends, Gestaltungsfelder, Beschäftigungsperspektiven*. Graue Reihe des Instituts für Arbeit und Technik. Gelsenkirchen. S. 7.

¹⁹⁴ ROSENBROCK, ROLF (1998): „Gesundheitspolitik.“ In: HURRELMANN, KLAUS/LAASER, ULRICH (Hg.): *Handbuch Gesundheitswissenschaften. Studienausgabe*. 3. Auflage 2003. Weinheim/München. S. 720.

lung von Krankheiten kommt. Untersuchungen von z.B. Wirbelsäulenfehlstellungen in Schulen bei Kindern stellen eine solche frühe Intervention dar, mit der man spätere Krankheitsverläufe mildern kann, bevor sie akut werden. Die Tertiärprävention befasst sich schließlich mit der eigentlichen Krankenversorgung im Gesundheitssystem.¹⁹⁵

Das gestiegene Bewusstsein für den eigenen Körper bewirkt, dass Menschen diese Präventionsangebote nicht nur *passiv* über sich ergehen lassen, sondern *aktiv* wahrnehmen und teilweise sogar ergänzen, wie in *Tabelle 5* dargestellt. Beispielsweise verfügt Deutschland über ein im Vergleich zu den Niederlanden schlechtes Brustkrebsfrüherkennungssystem, was Frauen hierzulande veranlasst, sich nicht mit den von der GKV getragenen Leistungen zufrieden zu geben, sondern entsprechende Untersuchungen bei ihren Gynäkologen/innen privat nachzufragen.¹⁹⁶ Auf der einen Seite zeigt dieses Beispiel, wie aus dem Leistungskatalog der GKV herausgenommene bzw. nicht (mehr) vorhandene Leistungen der privaten Gesundheitswirtschaft zugute kommen, auf der anderen Seite allerdings bemängeln Kritiker die Gefahr einer Zwei-Klassen-Medizin, in der sich einige wenige eine gute präventive Vorsorge leisten können, während andere hoffen müssen, dass das Risiko zu erkranken niemals eintreten wird.

¹⁹⁵ Siehe auch: SCHWARTZ, FRIEDRICH W. [ET AL.] (1998): „Prävention.“ In: SCHWARTZ, FRIEDRICH W./BADURA, BERNHARD/BUSSE, REINHARD (Hg.): *Das Public Health Buch: Gesundheit und Gesundheitswesen*. München, Wien, Baltimore. S. 152/153.

¹⁹⁶ FRETSCNER, RAINER/HARTMANN, ANJA K. (2002): „Der Gesundheitssektor: Stiefkind oder Hidden Champion der Dienstleistungsgesellschaft?“ In: HARTMANN, ANJA K./MATHIEU, HANS (Hg.): *Dienstleistungen in der Neuen Ökonomie. Struktur, Wachstum und Beschäftigung*. Berlin. S. 110. Hinzu kommt, dass die GKV nur Frauen, die in direkter Linie mit einer an Brustkrebs erkrankten Frau verwandt sind, die Vorsorgeuntersuchungen bezahlt.

Tabelle 5: Aktive Einflussnahme und passive Begegnung in der Primär-, Sekundär und Tertiärprävention (*Eigene Darstellung*).

Aktiv	Art der Prävention	Passiv
Verhalten <ul style="list-style-type: none"> Aufsuchen von Beratungsstellen Gründung und Aufsuchen von Selbsthilfegruppen „Gesund“ Leben, Wellness, Fitness, Sport etc. Konsum von „functional food“, „Nutraceuticals“ etc. 	Verhaltensprävention Primärprävention (Senkung der Erkrankungswahrscheinlichkeit)	Verhalten <ul style="list-style-type: none"> Vorschriften des individuellen Verhaltens (Anlegen des Sicherheitsgurts während der Autofahrt, Helmpflicht etc.) Schenkungen (Zahnbürsten und Zahnpasta im Kindergarten) Aufklärungskampagnen über Rauchen, AIDS etc.
Verhältnisprävention <ul style="list-style-type: none"> Förderung und Herausbildung von „Vitalstädten“ und „Gesundheitsregionen“ bzw. neuen „Gesundheitswirtschaftsclustern“ 	Verhältnisprävention	Verhältnisprävention <ul style="list-style-type: none"> Vorschriften durch den Gesetzgeber z.B. in Betrieben (Arbeitsschutz, Richtwerte für Umweltverschmutzung etc.) Sicherstellung der Trinkwasserversorgung, Emissionsschutz durch den Staat etc.
<ul style="list-style-type: none"> Freiwillige Teilnahme an <i>Screening</i>-Programmen (Brust- und Hautkrebs, Diabetes Mellitus, regelmäßige Blutwerteuntersuchungen etc.) 	Sekundärprävention (Früherkennung und Intervention vor eigentlicher Kuration)	<ul style="list-style-type: none"> Impfungen in öffentlichen/privaten Einrichtungen Schuluntersuchungen (Rücken, Zähne etc.)
<ul style="list-style-type: none"> Schönheitschirurgie Einnahme von „lifestyle-drugs“ (Viagra, Hormone, Anti-aging etc.) 	Tertiärprävention (Kuration von Krankheiten)	<ul style="list-style-type: none"> Kuration im Krankheitsfall Dienste des Gesundheitssystems
Streben nach Verbesserung	Einhaltung der Grenzwerte, Befolgen der gesetzlichen Vorgaben	Profitieren von staatlichen Maßnahmen (ohne weiteres eigenes Zutun)

Eine ähnliche Umkehrung in der Wahrnehmung lässt sich nicht nur bei der Sekundärprävention feststellen, sondern auch bei der Verhältnisprävention innerhalb der Primärprävention: Längst geht es nicht mehr allein um die Einhaltung und Beachtung der Mindestgrenzwerte verschiedener Belastungen als vielmehr um den aktiven Eingriff in die Lebensumstände durch die Erhöhung der „positiven“ Umwelteigenschaften. Mit dem Beschluss der *Agenda 21* während der Konferenz in Rio einigte sich die Staatengemeinschaft beispielsweise darauf, lokal angepasste Handlungsprogramme für Regionen und Kommunen weltweit umzusetzen. Im Zuge der Umsetzung wurden zunächst die Ausgangslage bestimmt und u.a. die Mortalitätsraten getrennt nach Städten und Regionen erfasst, um Aufschluss über mögliche Risikofaktoren zu erhalten und so genannte „regionale Mortalitätsprädiktoren“ zu bilden. Mit

Hilfe von Städten mit besonders hohen oder niedrigen Werten haben sich auf diese Weise Gesundheitsdeterminanten ermitteln lassen¹⁹⁷:

Wenn Regionen eine spezifische *ökologische Gesundheitsplanung* wünschen, können sie auf der Basis der regionalen Ausgangswerte ihre relative Position bestimmen und sodann begründete Zielwerte ableiten.¹⁹⁸

Mittlerweile arbeiten Städte und Gemeinden gezielt am Ausbau ihrer Stärken im Bereich der Risikofaktoren(minimierung) und werben mit ihrem ökologisch-gesundheitlichen Profil, was sich in Bezeichnungen wie „Vitalstadt“ oder „Gesundheitsregion“ widerspiegelt:

Verschiedene Regionen und Bundesländer haben sich bereits auf den Weg gemacht, ihre Gesundheitsbranchen als Wirtschaftssektor zu profilieren und entsprechend zu vermarkten. Zu den bekannteren "Markennamen" zählen beispielsweise das "Gesundheitsland Schleswig-Holstein", die Region Erlangen/Nürnberg/Fürth als „Medical Valley“ oder der „Heilgarten Ostwestfalen-Lippe“. Inzwischen kann man durchaus von einem Wettlauf um die günstigsten Ausgangspositionen auf diesem "neuen Markt" sprechen.¹⁹⁹

Da von einem Zusammenhang zwischen Bildung, verfügbarem Einkommen und Körper- bzw. Gesundheitsbewusstsein ausgegangen werden kann²⁰⁰, konkurrieren diese Regionen um eine besonders attraktive Bevölkerungsgruppe.

Die Umstellung der Ernährung und der Kauf von so genanntem *functional food* oder *Nutracluticals*, welche durch die Anreicherung mit Vitaminen, Nährstoffen bis hin zu medizinischen Wirkstoffen die Grenze zwischen Nahrungsmittel und Medikament verschwimmen lassen²⁰¹, kann zur aktiven Verhaltensprävention gezählt werden.

Die zunehmende Inanspruchnahme von Schönheitschirurgie und die Einnahme so genannter *lifestyle-drugs* wie Viagra, *anti-aging* oder Hormonkuren kann man schließlich zu einer aktiven Tertiärprävention zählen. Während sich

¹⁹⁷ So ergab sich für Deutschland z.B. ein Nord-Süd-Gefälle der Mortalität, wobei die durchschnittliche Sterblichkeit im Norden höher lag. Vgl. FEHR, RAINER (2001): *Ökologische Gesundheitsförderung. Analysen – Strategien – Umsetzungswege*. Bern, Göttingen, Toronto Seattle. S. 78.

¹⁹⁸ Ebd. S. 81/82. Hervorhebung von mir.

¹⁹⁹ DAHLBECK, ELKE/HILBERT, JOSEF/ POTRATZ, WOLFGANG (2004): „Gesundheitswirtschaftsregionen im Vergleich: Auf der Suche nach erfolgreichen Entwicklungsstrategien.“ In: INSTITUT ARBEIT UND TECHNIK (Hg.): *Jahrbuch 2003/2004*. Gelsenkirchen. S. 1.

²⁰⁰ SIEGRIST, JOHANNES (2002): „Gesundheit und Krankheit: Medizinsoziologische Perspektiven.“ In: FLICK, UWE (Hg.): *Innovation durch Public Health*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle. S. 65. Ferner: MIELCK, ANDREAS/HELMERT, UWE (1998): „Soziale Ungleichheit und Gesundheit.“ In: HURRELMANN, KLAUS/LAASER, ULRICH (Hg.): *Handbuch Gesundheitswissenschaften. Studienausgabe*. 3. Auflage 2003. Weinheim/München. S.524ff.; 531.

²⁰¹ HILBERT, JOSEF/FRETSCHNER, RAINER/DÜLBERG, ALEXANDRA (2002): *Rahmenbedingungen und Herausforderungen der Gesundheitswirtschaft*. Gelsenkirchen. S. 29.

in den USA im Jahr 2000 5,7 Millionen Menschen einer Schönheitsoperation unterzogen, waren es in Deutschland Schätzungen zufolge immerhin zwischen 150.000 und 200.000.²⁰²

Zwar ist die Ausweitung der Prävention von der Annahme geleitet, durch Krankheitsverhütung etwaige Behandlungskosten einzusparen, jedoch drängt sich die von LUHMANN gestellte Frage auf, ob es nicht rationaler wäre, den Schadensfall abzuwarten anstatt Ummengen in dessen Vermeidung zu investieren.²⁰³ Dennoch ist der positive Effekt auf die Gesundheitswirtschaft nicht abzustreiten, da ihre Sektoren die Umsetzung der Präventionsprogramme, besonders aber in den Rand- und Nachbarbranchen, zu realisieren hilft. Unter dem Stichwort „ökoeffiziente Tertiarisierung“ wird zudem an Konzepten zur Nachhaltigkeit gearbeitet, die durch eine forcierte Ökologisierung der Ökonomie positive Beschäftigungseffekte erzielen wollen. Unter ökoeffizienten Dienstleistungen werden dahingehend systemoptimierende Dienstleistungen verstanden, die auf die Minimierung des Umweltverbrauchs abzielen.²⁰⁴ Ihr Einsatzgebiet könnte in der Abfall-, Material-, Verkehrs- und Energievermeidung liegen. Auch hiervon kann sich die Gesundheitswirtschaft positive Anreize versprechen.

4.1.2 Die Verringerung des Pools informeller Dienstleistungen aufgrund der Emanzipation der Frau und des Wandels der Familien- und Lebensformen

Einen weiteren wachstumsfördernden Einfluss durch den sozialen Wandel kann man in der *Erosion der Familien* und *Pluralisierung der Familienformen* ausmachen. Im Zuge der Emanzipation der Frau hat sich die Auffassung von ihrer Rolle massiv verändert. Frauen wie Männer streben heute gleichberechtigt nach Selbstverwirklichung und sind beide zu gleichen Teilen erwerbstätig, um sich ihr Einkommen und damit ihre Existenz zu sichern. Obwohl die generelle Zahl der Erwerbspersonen seit 1991 von 50,2 % um einen Prozentpunkt auf 49,2 % im Jahr 2002 gefallen ist, verzeichnete die Erwerbsbeteiligung der Frauen im gleichen Zeitraum immerhin einen Anstieg um 1,5 % von 41,1 %

²⁰² HILBERT, JOSEF/FRETSCHNER, RAINER/DÜLBERG, ALEXANDRA (2002): *Rahmenbedingungen und Herausforderungen der Gesundheitswirtschaft*. Gelsenkirchen. S. 28.

²⁰³ LUHMANN, NIKLAS (1990): „Der medizinische Code.“ In: *Soziologische Aufklärung. 5 konstruktivistische Perspektiven*. Opladen. S. 190/191.

²⁰⁴ FRETSCHNER, RAINER/HENNICKE, PETER/HILBERT, JOSEF (2002): „Ökoeffiziente Tertiarisierung. Konzeptionelle Überlegungen und Schritte zu ihrer Realisierung.“ In: BOSCH, GERARD [ET AL.] (Hg.): *Die Zukunft von Dienstleistungen. Ihre Auswirkungen auf Arbeit, Umwelt und Lebensqualität*. Frankfurt a. M./New York. S. 102.

auf 42,6 %. Von den verheirateten Frauen sind im Jahre 2002 bereits 53,2 % einer Tätigkeit nachgegangen bzw. als erwerbslos registriert gewesen; 1991 machte ihre Zahl „nur“ 52,4 % aus.²⁰⁵ Die stärkere Beteiligung der Frauen am Erwerbsleben führt zu einem weiteren Abbau informeller Unterstützungsleistungen, die zuvor vornehmlich von nicht erwerbstätigen Frauen innerhalb ihrer Familien erbracht worden sind. Die Expansion der personenbezogenen Dienstleistungen lässt sich u.a. hierauf zurückführen, da mit dem Eintritt von Frauen in das Erwerbsleben die Nachfrage nach professionell erbrachten Dienstleistungen wie Kindererziehung²⁰⁶ oder häuslicher Pflege verhältnismäßig ansteigt. Die Gesundheitswirtschaft profitiert davon in doppelter Weise: Zum einen bietet sie gerade Frauen eine Vielzahl von Beschäftigungsmöglichkeiten, wie ihr Anteil an den dort tätigen Erwerbspersonen von mehr als 70 % deutlich macht.²⁰⁷ Zum anderen induziert, wie beschrieben, der Eintritt der Frauen ins Erwerbsleben eine Ausweitung der Nachfrage nach Tätigkeiten, die aus Zeitknappheit nicht mehr selbst erbracht werden können.²⁰⁸

Als weiteres Indiz für die veränderte gesellschaftliche Stellung der Frau gilt das gestiegene Lebensalter erstmalig gebärender Frauen, die ihre Familienplanung zugunsten persönlicher und beruflicher Entfaltung in ihrem Lebensentwurf zunehmend nach hinten datieren.²⁰⁹ Im Jahr 2000 betrug das Alter der erstgebärenden Mütter genau 29,0 Jahre, ein Jahr darauf 29,1 und 2003

²⁰⁵ STATISTISCHES BUNDESAMT (Hg.) (2004): *Datenreport 2004. Zahlen und Fakten für die Bundesrepublik Deutschland*. Bonn. S. 99-102.

²⁰⁶ In *Abschnitt 4.2.4* wird ausführlicher auf die Notwendigkeit eingegangen, für entsprechende Angebote der Kinderbetreuung Sorge zu tragen, um Frauen den (Rück)Weg in das Erwerbsleben zu ermöglichen. Ansonsten droht der Gesundheitswirtschaft ein massiver (quantitativer) Arbeitskräftemangel.

²⁰⁷ FRETSCHNER, RAINER/HARTMANN, ANJA K. (2002): „Der Gesundheitssektor: Stiefkind oder Hidden Champion der Dienstleistungsgesellschaft?“ In: HARTMANN, ANJA K./MATHIEU, HANS (Hg.): *Dienstleistungen in der Neuen Ökonomie. Struktur, Wachstum und Beschäftigung*. Berlin. S. 106.

Allerdings muss hinzugefügt werden, dass auch die Gesundheitswirtschaft – insbesondere ihr Kernsektor – eine geschlechtsspezifische Segmentierung aufweist. So ist der akademische Frauenanteil in medizinischen Berufen wesentlich geringer als in den Gesundheitsfachberufen. Letztere zeichnen sich durch geringere Einkommen und Karrierechancen sowie durch Teilzeit- bzw. geringfügige Beschäftigung aus. Inwieweit sich die *Arbeitsbedingungen* als wachstumshemmend für die Gesundheitswirtschaft erweisen, wird in *Abschnitt 4.2.1* eingehender behandelt.

²⁰⁸ Beyer verweist jedoch auf den Umstand, dass die – mehr oder weniger – oktroyierte Rolle der Frau, für den Haushalt verantwortlich zu sein, auch in neuerlicher Zeit nicht wesentlich an Geltung verloren hat. Siehe hierzu *Abschnitt 4.2.4* ausführlicher. Vgl. BEYER, LOTHAR [ET AL.] (2002): „Soziodemographischer Wandel: Triebkraft für die Entwicklung neuer Dienstleistungen.“ In: BOSCH, GERARD [ET AL.] (Hg.): *Die Zukunft von Dienstleistungen. Ihre Auswirkungen auf Arbeit, Umwelt und Lebensqualität*. Frankfurt a. M./New York. S. 147/148.

²⁰⁹ Ebd. S. 148.

bereits 29,3.²¹⁰ Daneben entscheiden sich eine große Zahl von Menschen bewusst gegen eigene Kinder und damit gegen potentielle informelle Versorger. Der Anteil der Kinderlosen an der jetzigen Altenbevölkerung macht ca. 20 % aus.²¹¹ In den letzten 50 Jahren – mit Ausnahme eines Anstiegs zu Beginn der 60er Jahre – ist die Geburtenzahl generell rückläufig gewesen; momentan und für die Zukunft wird in Deutschland von einer durchschnittlichen Kinderzahl von 1,4 ausgegangen, womit es in Europa den vierten Platz unter den Ländern mit der niedrigsten Geburtenhäufigkeit einnimmt.²¹² Eine geringere Kinderzahl bedeutet auch weniger „potentielle“ Mütter und damit ein Rückgang des Bevölkerungswachstums. Analog hierzu nimmt auch der Pool der zu Verfügung stehenden informellen Erbringer von sozialen personenbezogenen Leistungen ab, die dann stärker bei der Gesundheitswirtschaft nachgefragt werden müssen.

Schließlich lässt sich seit geraumer Zeit ein Auseinanderdriften von „Familie“ und „Haushalt“ beobachten: Machte der Anteil der Einpersonenhaushalte 1950 nur 19,4 % aus, ist diese Zahl bis zum Jahr 2002 auf 36,7 % angestiegen.²¹³ Demgegenüber lebten im Jahr 1900 44,4 % in einem Haushalt mit 5 und mehr Personen, im Jahr 2002 ist diese Form des Zusammenlebens mit 4,2 % verschwindend gering. Wie die *Abbildung 9* zeigt, hat sich das Verhältnis beinahe umgekehrt, so dass heute die Singlehaushalte dominieren.

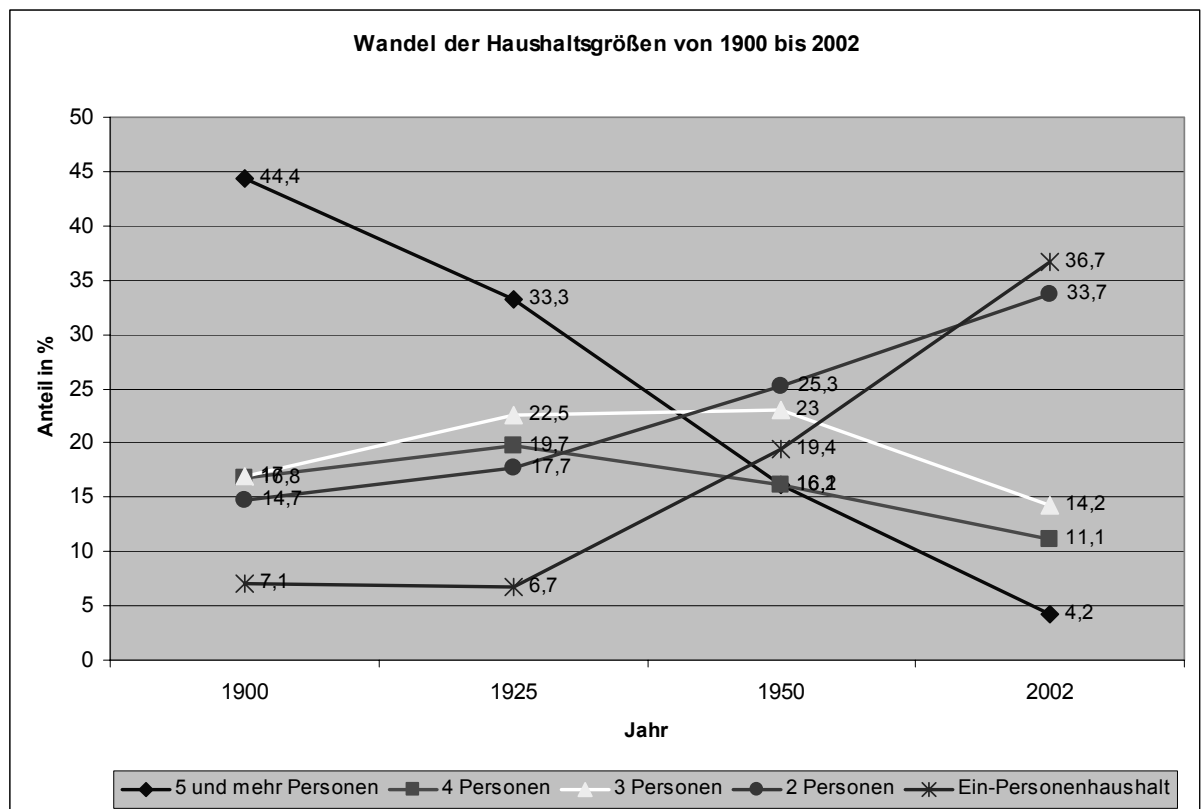
²¹⁰ STATISTISCHES BUNDESAMT (Hg.) (2004): *Durchschnittliches Alter der Mütter bei der Geburt ihrer lebendgeborenen Kinder. Deutschland*. Aktualisiert am 12. Juli 2004. Im Internet unter: [<Link>](#).

²¹¹ BEYER, LOTHAR [ET AL.] (2002): „Soziodemographischer Wandel: Triebkraft für die Entwicklung neuer Dienstleistungen.“ In: BOSCH, GERARD [ET AL.] (Hg.): *Die Zukunft von Dienstleistungen. Ihre Auswirkungen auf Arbeit, Umwelt und Lebensqualität*. Frankfurt a. M./New York. S. 145.

²¹² STATISTISCHES BUNDESAMT (Hg.) (2003): *Bevölkerung Deutschlands bis 2050 – Ergebnisse der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung*. Wiesbaden. S. 10-13.

²¹³ STATISTISCHES BUNDESAMT (Hg.) (2004): *Datenreport 2004. Zahlen und Fakten für die Bundesrepublik Deutschland*. Bonn. S. 40.

Abbildung 9: Wandel der Haushaltsgrößen von 1900 bis 2002 (*Eigene Darstellung*)²¹⁴



BEYER et al. weisen darauf hin, dass dieser Trend weniger die Folge fortschreitender Individualisierung oder der Erosion der Institution Ehe und Familie sei. Vielmehr seien Einpersonen-Haushalte die Konsequenz des Zusammenwirkens von zunehmendem Wohlstand, demografischer Alterung und freigewählter Lebenslage; in ihnen fänden sich Witwen und Witwer, ledig Alleinlebende und Geschiedene.²¹⁵ Dafür verleiht sich die Pluralisierung und damit auch Individualisierung der Lebensformen durch das Aufkommen der *nicht-ehelichen Lebensgemeinschaften* Ausdruck, welche die Ehe als solche nicht verdrängen, sondern als zusätzliche Lebensphase vor diese treten. Insbesondere Frauen finden Gefallen an dieser Form des Zusammenlebens, sie „[...] äußern eine zunehmende Skepsis gegenüber den traditionellen, an Familie und Ehe geknüpften Rollen und erhoffen sich häufig in den alternativen Lebensformen erweiterte Handlungsspielräume.“²¹⁶ Am steigenden Alter bei

²¹⁴ Quelle: STATISTISCHES BUNDESAMT (Hg.) (2004): *Datenreport 2004. Zahlen und Fakten für die Bundesrepublik Deutschland*. Bonn. S. 40.

²¹⁵ BEYER, LOTHAR [ET AL.] (2002): „Soziodemographischer Wandel: Triebkraft für die Entwicklung neuer Dienstleistungen.“ In: BOSCH, GERARD [ET AL.] (Hg.): *Die Zukunft von Dienstleistungen. Ihre Auswirkungen auf Arbeit, Umwelt und Lebensqualität*. Frankfurt a. M./New York. S. 148.

²¹⁶ GEISLER, RAINER (1996): *Die Sozialstruktur Deutschlands. Zur gesellschaftlichen Entwicklung mit einer Zwischenbilanz zur Vereinigung*. 2. Auflage. Opladen. S. 320.

Erstheirat, das für Männer im Jahr 2002 bei 31,8 und für Frauen bei 28,8 Jahren liegt, sowie an der gestiegenen Scheidungshäufigkeit²¹⁷ kann man ablesen, dass die Institution Ehe längst nicht mehr den verbindlichen Charakter für die Bevölkerung innehat, wie einst.

Die gestiegene Mobilität der Menschen sowie der Trend zur Verstädterung in den letzten Jahrzehnten tragen ebenfalls dazu bei, dass sich z.B. der Nachwuchs aufgrund der räumlichen Distanz nicht mehr um die Betreuung seiner Eltern kümmern kann, wodurch diese i.d.R. umso mehr auf eine gute, qualifizierte Unterbringung oder Betreuung angewiesen sind.

Der Wandel der Lebensformen trägt im entscheidenden Maß dazu bei, dass die traditionell in der Familie erbrachten Leistungen durch die Angebote auf dem Markt substituiert werden müssen. Da davon auszugehen ist, dass sich der soziokulturelle Wandel fortsetzen wird und damit die beschriebenen Trends zur Erosion der Familie, dürfte die Nachfrage nach sozialen personenbezogenen Diensten weiterhin nachhaltig steigen.²¹⁸

4.1.3 Der demografische Wandel – Das wirtschaftliche Potential des biologischen und gesellschaftlichen Alterns

Erst kürzlich verkündete *Die Zeit* auf ihrem Titelblatt das „Ende des Jugendwahns“ und kündete von der Rückkehr der „Alten“.²¹⁹ Dabei fragen sich aktuell nicht nur die angesprochenen Alterskohorten, was „Altern“ bzw. „Altsein“ eigentlich zu bedeuten hat. Obwohl jene zwar beklagen, noch über keine eigene Identität mit eigenen Verhaltensmustern zu verfügen, wissen sie eines mit Bestimmtheit: Dass sie mit dem hergebrachten Bild des Menschen jen-

²¹⁷ In den letzten Jahren ist die Zahl der Scheidungen stetig gestiegen: Im Jahr 2001 betrug sie 197.498, 2002 204.214 und 2003 213.975. Unter Berücksichtigung der Ehedauer und der Annahme, dass die Scheidungshäufigkeit weiter anhält, ist davon auszugehen, dass etwa 38 % aller geschlossenen Ehen wieder geschieden werden. Vgl. STATISTISCHES BUNDESAMT (Hg.) (2004): *Datenreport 2004. Zahlen und Fakten für die Bundesrepublik Deutschland*. Bonn. S. 46.

²¹⁸ Was anhand der beobachtungsleitenden Unterscheidung *wachstumsförderlich/wachstumshemmend* positiv gewertet wird, stellt für Schwartz hingegen ein Problem dar: „Ein spezifisches Problem der Industrieländer, das die Wirkung ihrer ‚Alterslastquotienten‘ verschärft, ist die Zunahme der *Ein-Personen-Haushalte*. Ursache ist neben der Übersterblichkeit der Männer [...] eine wachsende Scheidungsrate, so dass ein zunehmender Bevölkerungsanteil das Alter bereits im Status des Alleinlebens erreicht. Damit nehmen die *intrafamilialen Pflegemöglichkeiten* für alte Menschen ab. Die Beschäftigungsquote der Frauen, die auch in den Industrieländern überwiegend die Trägerinnen der intrafamilialen Pflegeaufgaben waren bzw. sind, verstärkt dieses Problem.“ SCHWARTZ, FRIEDRICH W./WALTER, ULLA (1998): „Altsein – Kranksein?“ In: SCHWARTZ, FRIEDRICH W./BADURA, BERNHARD/BUSSE, REINHARD (Hg.): *Das Public Health Buch: Gesundheit und Gesundheitswesen*. München, Wien, Baltimore. Hervorhebung von mir. S. 128.

²¹⁹ *Die Zeit* vom 16.09.04. 39/2004.

seits der 50 oder 60 wenig anfangen können.²²⁰ Es verwundert, dass eine allgemeingültige Definition vom Altern bislang fehlt, obgleich das Phänomen des demografischen Wandels in (Fach)Literatur und Medien allgegenwärtig ist. Als kleinsten gemeinsamen Nenner bringt SCHWARTZ den Begriff des Alterns auf folgende Formel:

Definieren wir „Altern“ allgemein, dann bezeichnet es alle zeitgebundenen Veränderungen eines individuellen Organismus im Laufe seines Lebens. [...] Alterungsprozesse und Altersstufen unterliegen *biologischen, biographischen, subjektiven, sozialen und kulturellen* Bewertungen. Altern ist gleichzeitig ein *biologisches, psychisches und gesellschaftliches* Phänomen.²²¹

Wohin diese altersbedingten Veränderungen führen, bleibt – von den biologischen abgesehen – demnach weiterhin offen, was allerdings nicht nachteilig aufgefasst werden darf. Diese Offenheit bedeutet vielmehr die Freiheit, dass sich Lebensstile im Alter ebenso selbstverständlich pluralisieren, wie in jüngeren Jahren. „Altsein“ ist nicht gleichbedeutend mit der Zugehörigkeit zu einer klar umrissenen, homogenen Bevölkerungsgruppe, wobei sich die Frage aufdrängt, wo die Altersgrenze zu ziehen wäre, mit der man die Mitgliedschaft in dieser Gruppe festlegt. Sowohl Altersverlauf als auch die Gruppe der Alten sind demnach höchst heterogen, *die Gruppe der Alten gibt es nicht*.²²² Häufig wird mit dem Renteneintritt im Alter zwischen 60 und 65 Jahren der Übergang zum „Altsein“ assoziiert, dabei entspricht der Zeitpunkt der Pension einer willkürlichen bzw. aus heutiger Sicht teilweise überholten Konvention.²²³ Die Soziodemografie orientiert sich dennoch an diesem Wert und unterscheidet zwischen den *Alten* (ab 60 bzw. 65) und den *Hochbetagten* (≥ 80 Jahre). Darüber hinaus lässt sich zwischen den *jüngeren Alten* (65 bis 74 Jahre) und den *älteren Alten* (≥ 75) differenzieren. KRUSE unterscheidet zwischen einem drit-

²²⁰ NIEJAHR, ELISABETH (2004): „Wenn die Alten jünger werden. 60-Jährige beim Rockkonzert, grauhaarige Dynamiker als Werbeträger, Trendwende in den Personalabteilungen: Der Jugendwahn ist vorbei.“ In: *Die Zeit*. 16.09.04. 39/2004. S. 3.

²²¹ SCHWARTZ, FRIEDRICH W./WALTER, ULLA (1998): „Altsein – Kranksein?“ In: SCHWARTZ, FRIEDRICH W./BADURA, BERNHARD/BUSSE, REINHARD (Hg.): *Das Public Health Buch: Gesundheit und Gesundheitswesen*. München, Wien, Baltimore. S. 124.

²²² „Die Zugehörigkeit zu einer Altersklasse hat nur geringe Aussagekraft in Bezug auf individuelle Einstellungen, Präferenzen und Vorlieben. Der Aktivitätsgrad und die Aufgeschlossenheit Neuem gegenüber hängen weniger mit dem objektiven Alter zusammen als mit anderen Merkmalen wie Bildungsgrad, Geschlecht, berufliche Aktivitäten.“ CIRKEL, MICHAEL/HILBERT, JOSEF/SCHALK, CHRISTA (2004): *Produkte und Dienstleistungen für mehr Lebensqualität im Alter. Expertise*. Gelsenkirchen. Im Internet unter <[Link](#)>. S. 43.

²²³ Im Gegensatz zum Beginn des 20. Jahrhunderts, in der die Pensionäre aufgrund der zu meist schweren körperlichen Arbeit in der industriellen Produktion nur noch wenig von Nutzen gewesen sind, verfügen wir aktuell über einen ausgesprochen großen Pool rüstiger Rentner mit großem Erfahrungswissen. Vgl. SCHWARTZ, FRIEDRICH W./WALTER, ULLA (1998): „Altsein – Kranksein?“ In: SCHWARTZ, FRIEDRICH W./BADURA, BERNHARD/BUSSE, REINHARD (Hg.): *Das Public Health Buch: Gesundheit und Gesundheitswesen*. München, Wien, Baltimore. S. 125.

ten (60-84 Jahre) und einem vierten Lebensalter (85-100 Jahre)²²⁴, wobei er kritisch anmerkt, dass das biologische Alter eines Menschen nicht zwangsläufig mit seinem kalendarischen Alter übereinstimmt.²²⁵ Heutige 70jährige hätten demnach dank des medizinischen Fortschritts und der Verbesserung der Lebensbedingungen im Vergleich zu einem Gleichaltrigen vor 30 Jahren rund fünf Altersjahre hinsichtlich Leistungskapazität und Gesundheitsstatus dazu gewonnen. Wohlgedacht handelt es sich bei allen Einteilungen ebenfalls um Konventionen, da nichts dagegen spräche, abweichende Altersgrenzen zu ziehen.

In Anlehnung an die Definition von SCHWARTZ kann man zwischen den wachstumsförderlichen Einflüssen des *biologischen* Alterns, z.B. in Form eines gesteigerten Pflege- und Betreuungsbedarfs, und des generellen *gesellschaftlichen* Alterns als Quelle für mehr Wachstum und Beschäftigung unterscheiden, da Altsein je nach Ziehung der Altergrenze nicht zwangsläufig auch Kranksein bedeutet.²²⁶ Zuvor bietet es sich an, das Altern der Gesellschaft zu quantifizieren.

²²⁴ KRUSE, ANDREAS (ET AL.) (2003): *Kostenentwicklung im Gesundheitswesen. Verursachen ältere Menschen höhere Gesundheitskosten? Expertise. Erstellt im Auftrag der AOK Baden-Württemberg. Januar 2003.* Heidelberg. Im Internet unter: <[Link](#)>. S. 18/19.

²²⁵ BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (Hg.) (2001): *Das Altern der Gesellschaft als globale Herausforderung – Deutsche Impulse.* Stuttgart, Berlin. S.111.

²²⁶ In Abschnitt 4.2.2 wird diese Frage ausführlich diskutiert.

4.1.3.1 Die Wirkung des *biologischen* Alterns auf die Gesundheitswirtschaft

Das Ausmaß des demografischen Wandels wird in *Tabelle 6* ersichtlich, die den Wandel des Altersaufbaus der deutschen Bevölkerung bis zum Jahre 2050 offenbart.

Tabelle 6: Altersaufbau der Bevölkerung Deutschlands²²⁷

Jahre	Insgesamt am Jahresende	unter 20	20-59	60 und älter	
	Millionen			Insgesamt	80 und älter
				In %	
1950	69,3	30,4	55,0	14,6	1,0
1970	78,1	30,0	50,1	19,9	2,0
1990	79,8	21,7	57,9	20,4	3,8
2001	82,4	20,9	55,0	24,1	3,9
2010	83,1	18,7	55,7	25,6	5,0
2030	81,2	17,1	48,5	34,4	7,3
2050	75,1	16,1	47,2	36,7	12,1

Während der Anteil der unter 20jährigen von 1950 an bis zum Jahr 2050 um fast die Hälfte fällt, wird sich der Anteil der Alten im selben Zeitraum mehr als verdoppeln. Insbesondere die Zahl der Hochbetagten wird dank der steigenden Lebenserwartung in den nächsten Jahren von aktuell etwa 3,2 Millionen auf über 12,1 Millionen ansteigen.²²⁸ Das mittlere Alter der Gesellschaft wird sich damit langfristig von 40,6 Jahre im Jahr 2001 auf 48,0 im Jahr 2050 verschieben. Jeder Dritte in der Bevölkerung des Jahres 2050 wird das sechzigste Lebensjahr vollendet haben. Die deutsche Gesellschaft sieht sich demnach mit einem *dreifachen Altern* konfrontiert: *Erstens* wird die absolute Zahl der alten Menschen steigen sowie *zweitens* ihr prozentualer Anteil an der Gesamtbevölkerung. Darüber hinaus wird sich *drittens* die Zahl der Hochbetagten in unserer Gesellschaft beinahe verdreifachen.

Welche Konsequenzen sich aus dem dreifachen Altern unserer Gesellschaft für das Gesundheitswesen ergeben, ist bislang noch strittig. Die für die Ge-

²²⁷ Darstellung und Quelle: STATISTISCHES BUNDESAMT (Hg.) (2003): *Bevölkerung Deutschlands bis 2050 – Ergebnisse der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung*. Wiesbaden. S. 31.

Ab dem Jahr 2010 Schätzwerte der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung (Variante 5 „mittlere“ Bevölkerung: mittlere Wanderungsannahme W2 (jährliches Saldo 200.000 Personen) und mittlere Lebenserwartungsannahme L2 (durchschnittliche Lebenserwartung 2050 bei 81 bzw. 87 Jahren).

²²⁸ Ebd. S. 31.

sundheitswirtschaft günstigere Annahme ist die so genannte *Expansions-*²²⁹, *Extensions-*²³⁰ oder auch *Medikalisierungsthese*²³¹: Sie besagt, dass es zwar dank des medizinisch-technischen Fortschritts immer wahrscheinlicher werde, die maximale biologische Lebensspanne von 115 Jahren²³² zu erreichen, aber die Wahrscheinlichkeit, bis dahin an einer oder mehreren altersbedingten Erkrankungen oder zumindest Beeinträchtigungen zu leiden, nicht abnehme, womit von einem wachsenden Bedarf nach Unterstützung und Pflege auszugehen sei. Beispielsweise spricht nichts dagegen, dass an Demenz oder Alzheimer erkrankte Patienten bei guter Pflege und Betreuung ein beträchtliches Alter erreichen. Auch treten im Alter physiologische Veränderungen wie verminderte Seh- und Hörfähigkeit, arteriosklerotische Gefäßveränderungen, Koordinationsprobleme und Abnahme der Knochendichte etc. hinzu, die mitunter durch eine lange Latenzzeit gekennzeichnet sind.²³³ Somit ist davon auszugehen, dass der Bedarf nach Hilfe bei der Kompensation jener altersbedingten bzw. krankheitsbedingten Einschränkungen vor dem Hintergrund des demografischen Wandels anwachsen wird, was der Gesundheitswirtschaft zugute käme.

Das DIW hat die zukünftig gestiegenen Anforderungen in Bezug auf die Krankenhausfälle und auf den gestiegenen Pflegebedarf durch den demografischen Wandel wie in *Tabelle 6* zusammengefasst in seinen Studien vorausgeschätzt. SCHULZ et al. kommen auf Basis der Höhe der altersmäßigen Fallzahlen aus dem Jahr 1998 zu dem Ergebnis, dass sich bedingt durch die Alterung der Gesellschaft die Zahl der Krankenhausfälle von aktuell 15,94 Millionen bis zum Jahre 2020 um 15 % auf 18,5 Millionen und bis zum Jahr 2050 noch mal um 4% auf 19,3 Millionen erhöhen könne.²³⁴ Bezogen auf die Ver-

²²⁹ Vgl. HARTMANN, ANJA K. (2002): *Zwischen Differenzierung und Integration. Die Entwicklung des Gesundheitssystems in den Niederlanden und der Bundesrepublik*. Opladen. S. 49.

²³⁰ Vg. SCHWARTZ, FRIEDRICH W./WALTER, ULLA (1998): „Altsein – Kranksein?“ In: SCHWARTZ, FRIEDRICH W./BADURA, BERNHARD/BUSSE, REINHARD (Hg.): *Das Public Health Buch: Gesundheit und Gesundheitswesen*. München, Wien, Baltimore. S. 134.

²³¹ Vgl. HILBERT, JOSEF/FRETSCHNER, RAINER/DÜLBERG, ALEXANDRA (2002): *Rahmenbedingungen und Herausforderungen der Gesundheitswirtschaft*. Gelsenkirchen. S. 12.

Zugunsten der Trennschärfe bei der Analyse der wachstumsförderlichen Faktoren wird die Kompressionsthese in *Abschnitt 4.2.2* unter den Wachstumshemmern behandelt. Es wird sich zeigen, dass die von Hilbert angenommene Verknüpfung beider Ansätze unter dem Label „*bimodales Konzept*“ strittig ist bzw. nur unter bestimmten Voraussetzungen gilt. Vgl. Ebd. S. 13.

²³² SCHWARTZ, FRIEDRICH W./WALTER, ULLA (1998): „Altsein – Kranksein?“ In: SCHWARTZ, FRIEDRICH W./BADURA, BERNHARD/BUSSE, REINHARD (Hg.): *Das Public Health Buch: Gesundheit und Gesundheitswesen*. München, Wien, Baltimore. S. 129/130.

²³³ Ebd. S. 135.

²³⁴ SCHULZ, ERIKA, LEIDL, REINER, KÖNIG, HANS-HELMUT (2000): „Auswirkungen der demografischen Alterung auf den Versorgungsbedarf im Krankenhausbereich - Modellrechnungen

weildauer im Krankenhaus bedeutet die Ausweitung der Fallzahlen – unter der Prämisse gleich bleibender Rahmenbedingungen – eine Erhöhung der Krankenhaustage von 172 Millionen im Jahre 1998 auf 210 Millionen im Jahr 2020 und auf 231 Millionen bis 2050.²³⁵ Der verhältnismäßige Mehranstieg der Krankenhaustage gegenüber den Fallzahlen in der Prognose lässt sich u.a. damit erklären, dass die älteren Patienten, die einen größeren Anteil ausmachen werden, durchschnittlich länger im Krankenhaus verweilen als jüngere Altersgruppen. Die Annahmen berücksichtigen allerdings nicht die Neuregelung der Vergütung von Krankenhausleistungen auf der Basis von Fallpauschalen aus dem Jahr 2003 in der Form von DRGs. Die Analyse der Beschäftigungszahlen im Gesundheitswesen in *Kapitel 3.2* hat aber gezeigt, dass ihre Einführung nicht die befürchtete beschäftigungssenkende Wirkung gehabt hat bzw. sogar andere Berufsgruppen von der Stärkung der Rehabilitation haben profitieren können. Auf lange Sicht kann daher mit einer stetigen Zunahme der Gesundheitsdienstberufe, die durch den unmittelbaren Umgang mit den Patienten charakterisiert sind, gerechnet werden. Ihr Anteil an den Gesundheitsberufen hat bereits im Jahr 2001 53 % betragen und dürfte weiter anwachsen.²³⁶

Tabelle 7: Die Folgen des biologischen Alterns für den Kernsektor in Zahlen (*Eigene Darstellung und Berechnungen*)²³⁷

	1998 ¹⁾ /1999 ²⁾	2020 In Millionen		2050	
Krankenhausfälle	15,94 ¹⁾	18,46	+ 14,1 %	19,25	+4,3 %
Krankenhaustage	172,0 ¹⁾	210,0	+ 22,1 %	231,0	+ 10,0 %
Zahl der Pflegebedürftigen	1,93 ²⁾	2,94	+ 52,3 %	4,73	+ 60,9 %

bis zum Jahre 2050.“ In: *DIW Wochenbericht*. Nr. 44/2000. Berlin. Im Internet unter [<Link>](#). Letztes Update: 15.05.04. S. 1; 6.

²³⁵ SCHULZ, ERIKA, LEIDL, REINER, KÖNIG, HANS-HELMUT (2000): „Auswirkungen der demographischen Alterung auf den Versorgungsbedarf im Krankenhausbereich - Modellrechnungen bis zum Jahre 2050.“ In: *DIW Wochenbericht*. Nr. 44/2000. Berlin. Im Internet unter [<Link>](#). Letztes Update: 15.05.04. S. 7.

²³⁶ STATISTISCHES BUNDESAMT (Hg.) (2003): *Pressegespräch. „Gesundheitsausgaben und Gesundheitspersonal 2001“ am 24. April 2003 in Berlin. Statement von Präsident Johann Hahlen*. Im Internet unter [<Link>](#). Letztes Update: Unbekannt. S. 4.

²³⁷ Quelle: Zahl der Krankenhausfälle und –Tage: SCHULZ, ERIKA, LEIDL, REINER, KÖNIG, HANS-HELMUT (2000): „Auswirkungen der demographischen Alterung auf den Versorgungsbedarf im Krankenhausbereich - Modellrechnungen bis zum Jahre 2050.“ In: *DIW Wochenbericht*. Nr. 44/2000. Berlin. Im Internet unter [<Link>](#). Letztes Update: 15.05.04. S. 6/7; 20. Zahl der Pflegebedürftigen: SCHULZ, ERIKA, LEIDL, REINER, KÖNIG, HANS-HELMUT (2001): „Starker Anstieg der Pflegebedürftigkeit zu erwarten: Vorausschätzungen bis 2020 mit Ausblick auf 2050.“ In: *DIW Wochenbericht*. Nr. 05/2001. Berlin. Im Internet unter [<Link>](#). Letztes Update: 15.05.04. S. 12/13; 29.

Besonders die Zahl der Pflegebedürftigen gibt aus Sicht der Gesundheitswirtschaft Anlass zur Hoffnung, dass sich der gestiegene Bedarf nach professionellen Pflegediensten in einem Beschäftigungswachstum im Kernsektor der Gesundheitswirtschaft niederschlägt.

4.1.3.2 Die Wirkung des *gesellschaftlichen* Alterns auf die Gesundheitswirtschaft

Neben der Zunahme des Anteils der Hochbetagten in unserer Gesellschaft, die eine Ausweitung des Betreuungsbereichs nach sich ziehen wird, wächst auch die Gruppe der jüngeren Alten an, die mehrheitlich über einen finanziellen wie auch zeitlich beachtlichen Spielraum verfügen. Je nach Anzahl der im Haushalt lebenden Personen weicht, wie in *Tabelle 8* gezeigt, das verfügbare Einkommen nur unwesentlich von den durchschnittlichen Einnahmen zur Zeit ihres Erwerbslebens ab.

Demnach verfügen die in Zweipersonen-Haushalten lebenden 65 bis 74jährigen über ein durchschnittliches jährliches Einkommen von 19.953 € bzw. über 97,7 % des hiesigen Durchschnittseinkommens. Im Vergleich dazu besitzen Familien mit Kindern unter 17 Jahren mit 18.409 € lediglich 90,2 % desselben. Die über 75jährigen kommen demgegenüber auf ein Jahreseinkommen von 21.407 €, womit ihre relative Einkommensposition mit 104,9 % den Durchschnitt übertrifft. Die Gruppe der allein Lebenden 65 bis 74jährigen muss sich dagegen mit 16.127 € im Jahr bzw. 79 %, die über 75jährigen allein Lebenden sogar mit nur 15.288 € oder 74,9 % des Querschnitts begnügen. Sowohl der Gruppe der allein lebenden Frauen zwischen 65 und 74 Jahren mit 75,4 % als auch der über 75 Jahre mit nur 72,1 % des Durchschnittseinkommens stehen noch einmal ein geringeres Einkommen zur Verfügung als der Altersgruppe der Männer. Das durchschnittliche Armutsrisiko der älteren Generation liegt bei 17,2 %, wobei die Zweipersonen-Haushalte ein deutlich niedrigeres Armutsrisiko tragen als die Einpersonen-Haushalte, in denen insbesondere die Armutsrate der Frauen teilweise doppelt bzw. dreimal so hoch ausfällt wie bei den Zweipersonen-Haushalten.

Tabelle 8: Einkommen und Einkommensposition älterer Menschen in Deutschland im Jahr 2002 nach Haushaltstypen²³⁸

Haushaltstyp	Personen in Millionen	Anteil in %	Durchschnittlich verfügbares Einkommen ¹⁾ in €	Relative Einkommensposition	Armutsrate (60 % weniger als der Durchschnitt)
Allein Lebende im Alter von:					
≤ 65 Jahren:	9.170	11,23	18.703	91,6	24,2
65 – 74 Jahre:	2.397	2,94	16.127	79,0	26,8
darunter Frauen:	1.906	2,33	15.400	75,4	29,3
≥ 75 Jahre:	3.197	3,92	15.288	74,9	28,7
darunter Frauen:	2.778	3,40	14.711	72,1	31,4
Zweipersonenhaushalte (älteste Person):					
≤ 65 Jahre	12.936	15,84	25.068	122,8	11,1
65 – 74 Jahre	5.819	7,13	19.935	97,7	10,3
≥ 75 Jahre	2.925	3,58	21.407	104,9	9,6
Familien mit Kindern unter 17 Jahren	31.903	39,07	18.409	90,2	18,2
Sonstige Haushalte:					
Ohne Kinder	10.203	12,50	24.409	119,6	7,6
Mit Rentner, 65 – 74 Jahre	1.657	2,03	21.085	103,3	10,8
Mit Rentner, ≥ 75 Jahre	1.438	1,76	23.266	114,0	8,9
Insgesamt	81.650	100,0	20.415	100,0	15,9
Darunter Personen unter 65 Jahre	67.282	82,4	20.817	100,2	15,6
Darunter Personen ≥ 65 Jahre	14.368	17,6	18.533	90,8	17,2
¹⁾ Vorjahreseinkommen (einschließlich des Mietwerts selbst genutzten Wohneigentums), äquivalenzgewichtet mit dem Kehrwert der Quadratwurzel der Haushaltsgröße. Quellen: SOEP 2002; Berechnungen des DIW Berlin.					

Als ebenfalls sehr attraktive, weil kaufkräftige Generation gelten die 50 bis 59jährigen, von denen 34,4 % über ein monatliches Nettoeinkommen von 2.555 € und mehr verfügen.²³⁹ Außerdem ist diese Gruppe generell bei den Beziehern geringerer Einkommen unterdurchschnittlich vertreten. Eine repräsentative Erhebung des Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes NRW hat ergeben, dass der Querschnitt des Haushaltsnettoeinkommens in Haushalten mit einer Bezugsperson über 55 Jahren bei 2.550 € liegt, womit sie nach Abzug der Lebenshaltungskosten auf weit größere Geldreserven zurückgreifen können als der Rest der Bevölkerung.²⁴⁰ Obwohl der Anteil der über 50jährigen an der Gesellschaft mit 29,2 Millionen im Vergleich zu den 20 bis 49jährigen mit 35,6 Millionen geringer ausfällt, vereinigen sie zusammengerechnet mit 9,7 Milliarden € im Monat beinahe

²³⁸ Darstellung und Quelle nach: GRABKA, MARKUS (2004): „Einkommen, Sparen und intrafamiliale Transfers von älteren Menschen.“ In: *DIW Wochenbericht*. Nr. 6/2004. 71. Jahrgang/5. Februar. Berlin. Im Internet unter <Link>. Letztes Update: 15.05.04. S. 68/69.

²³⁹ CIRKEL, MICHAEL/HILBERT, JOSEF/SCHALK, CHRISTA (2004): *Produkte und Dienstleistungen für mehr Lebensqualität im Alter. Expertise*. Gelsenkirchen. Im Internet unter <Link>. S. 15.

²⁴⁰ Ebd. S. 15.

ebenso viel Kaufkraft wie die jüngeren, deren frei verfügbares Einkommen mit 9,8 Milliarden € beziffert wird.²⁴¹ Demzufolge besitzt die „Generation 50plus“ ein beachtliches Konsumpotential.²⁴²

Zum Ende des zweiten Lebensalters wird darüber hinaus Zeit frei, die vorher an den Aufbau einer Existenz, wie den Bau eines Hauses oder der Familiengründung samt Kindererziehung etc. gebunden gewesen ist. Mit dem Ende der Berufstätigkeit zu Beginn des dritten Lebensalters widerfährt dem Freizeitvolumen abermals ein gewaltiger Schub, wobei die so entstandene Beschäftigungslücke jedoch schnell geschlossen wird:

Objektiv betrachtet verfügen Ruheständler über mindestens 1540 freie Stunden mehr pro Jahr (200 Arbeitstage à 7,7 Stunden) als zur Zeit ihrer Berufstätigkeit. Dennoch geben gut ein Drittel der 50 bis 70-Jährigen an, dass ihre Freizeit fast nicht ausreicht, um ihre verschiedenen Interessen und Hobbys wahrzunehmen. [...] Dieses subjektive Empfinden, wenig Zeit zu haben, ist ein Hinweis auf den *gestiegenen Aktivitätsgrad* älterer Menschen.²⁴³

Beispielsweise profitiert der Tourismus davon, dass ältere Menschen grundsätzlich öfter und länger verreisen als jüngere Menschen und dabei verstärkt Gebrauch von öffentlichen Verkehrsmitteln machen sowie häufiger im Hotel übernachten. Allerdings achten ältere Touristen bei der Wahl ihres Urlaubsziels neben den üblichen Kriterien zudem auf die *Erreichbarkeit* interessanter Orte, die dortige *medizinische Versorgung* sowie die generelle *Unterstützung* bei der Freizeitgestaltung.²⁴⁴ Um wirtschaftlichen Nutzen aus der Reisefreudigkeit der jungen Alten zu ziehen, müssen die Anbieter aus den Randbereichen der Gesundheitswirtschaft daher zukünftig mit Entwicklung „altengerechter“ Konzepte verstärkt auf die besonderen Bedürfnisse ihrer älter werdenden Kunden eingehen.²⁴⁵ Beispielsweise nehmen ca. 39 % der über

²⁴¹ CIRKEL, MICHAEL/HILBERT, JOSEF/SCHALK, CHRISTA (2004): *Produkte und Dienstleistungen für mehr Lebensqualität im Alter. Expertise*. Gelsenkirchen. Im Internet unter <[Link](#)>. S. 16.

²⁴² Es hat sich außerdem herausgestellt, dass die These vom „Entsparen“ bzw. der Vermögensauflösung im Alter nicht zutrifft, sondern sich die Vermögensmehrung eher gedämpft fortsetzt. Zwar kann man mit steigendem Alter ein abnehmendes Konsuminteresse beobachten, jedoch ist strittig, ob der Grund bei der Nachfrage oder im mangelnden Angebot zu suchen ist. Vgl. Ebd. S. 18;22.

²⁴³ Ebd. S. 40.

²⁴⁴ HILBERT, JOSEF/NAEGELE, GERHARD (2002): „Dienstleistungen für mehr Lebensqualität im Alter – Ein Such- und Gestaltungsfeld für mehr Wachstum und Beschäftigung.“ In: BOSCH, GERARD [ET AL.] (Hg.): *Die Zukunft von Dienstleistungen. Ihre Auswirkungen auf Arbeit, Umwelt und Lebensqualität*. Frankfurt a. M./New York. S. 357.

²⁴⁵ Entsprechende Konzepte sehen z.B. das Verreisen der gesamten Familie mitsamt den Kindern sowie Großeltern vor (*Generationenurlaub*), wobei für sämtliche Altersgruppen entsprechende Freizeit- und Betreuungsangebote vorgesehen sind, die es allen Beteiligten ermöglichen, eine erlebnisreiche und stressfreie Zeit zu erleben. Durch die Einrichtung spezieller Pflegehotels können auch Angehörige mit ihren pflegebedürftigen Eltern gemeinsam Urlaub machen („Urlaub mit der Pflege“). Vgl. HÜBNER, MICHAEL R./MIDDENDORF, ANJA SOPHIA (2002): „Wohin die Reise geht? Entwicklungslinien in der Tourismuswirtschaft.“ In: Hartmann,

50jährigen aufgrund körperlicher Einschränkungen trotz des Bedürfnisses Abstand vom Reisen. Durch die Anpassung der Bedingungen vor Ort (Dolmetscher, medizinisches evt. deutschsprachiges Personal, barrierefreie Gestaltung) könnte es gelingen, zukünftig auch sie zum Reisen zu motivieren und somit ihre Kaufkraft zu aktivieren.

Angesichts ihres angesprochenen gestiegenen Aktivitätsgrads und ihres finanziellen Spielraums – den es mittels maßgeschneiderter Angebote wirtschaftlich zu nutzen gilt – erscheint es umso erstaunlicher, dass die ältere Generation erst in den letzten Jahren als volkswirtschaftlich relevante Zielgruppe für Dienstleistungen und Produkte für mehr Lebensqualität entdeckt worden ist. Der Grund für das zögerliche Vorgehen der Wirtschaft ist in den herrschenden Klischees und der damit verbundene Tabuisierung des Alterns zu sehen. Lange Zeit galt es als unschicklich, mit dem Alter zu werben, stattdessen hoffte die Werbeindustrie, dass sich die jugendliche Frische und Dynamik ihrer Werbedarsteller auf das Image ihrer Produkte übertragen. Altsein ist in diesem Sinne mit verbraucht, überkommen und innovationsfeindlich gleichgesetzt worden. Wie selbstverständlich noch heute dieses Denken empfunden und damit widerspruchslos zementiert wird, beweisen die von NIEJAHR aufgezeigten gängigen Rating-Verfahren zur Einschätzung der Kreditwürdigkeit einer Region. Viele Rentner bedeuten ein schlechtes Rating, da – so die Annahme – diese Neuem wenig aufgeschlossen gegenüberstünden und lieber den Status quo behielten. Die angeblich besser qualifizierten Jüngeren wären eher bereit, die Region zu verlassen, um anderswo etwas Neues aufzubauen, wozu die Alten nicht gleichermaßen in der Lage seien. Investoren siedelten sich entsprechend in den Regionen an, die über eine vergleichsweise junge Bevölkerungsstruktur verfügten, während die mit einer älteren gemieden würden.²⁴⁶ Vieles spricht dafür, dass hier Ursache und Wirkung verwechselt werden: Wenn sich die Unternehmen nach den höchsten Ranking-Werten ausrichten, wird damit genau jener Zustand herbeigeführt, den die Analysten den Älteren anlasten. Hiervon unbeeindruckt rechnet z.B. das *Institut für Weltwirtschaft* in Kiel mit einem altersbedingten jährlichen

ANJA K./MATHIEU, HANS (Hg.): *Dienstleistungen in der Neuen Ökonomie. Struktur, Wachstum und Beschäftigung*. Berlin. S. 94.

²⁴⁶ NIEJAHR, ELISABETH (2003): „Wirtschaftswunder in Grau. Die Deutschen werden immer älter – und trotzdem kann es ihnen besser gehen.“ In: *Die Zeit*. Nr. 51/2003. 11.12.2003. Im Internet unter: <[Link](#)>. S. 3.

Rückgang der Wirtschaftsleistung zwischen 0,4 und 1 %.²⁴⁷ Wie wenig das unterstellte Verhalten der Realität entspricht, beweist das Beispiel der Firma *Fahrion Engineering* aus Kornwestheim bei Stuttgart, die zu den wenigen Firmen gehört, die gezielt ältere Mitarbeiter einstellt:

Also suchte Fahrion gezielt nach Älteren und hat es seither keinen Tag bereut. Drei der Angeheuerten wurden schon von Kunden abgeworben obwohl auch dort bisher 35 als Altersgrenze für Einstellungen galt. Engagiert, kompetent und kundig seien die alten Neuen, sagt Fahrion, dazu mobil und einsatzbereit. [...] Als kürzlich eine Stelle in Amerika frei wurde, meldete sich keiner der Jüngeren, an die Fahrion gedacht hatte: *Der eine baute gerade ein Haus, der Nächste wollte im Sportverein nicht fehlen, der Dritte wurde Vater. Die Älteren hätten sich um die Stelle gerissen*, erzählt Fahrion: - So viel zum Thema Jugend und Mobilität.²⁴⁸

Zurzeit gerät dieses Weltbild allmählich ins Wanken und wird spätestens dann kippen, wenn die demografisch bedingte Alterung sowohl die Chefetagen der Werbeagenturen als auch die anderer Firmen erreicht. Aufgrund des demografisch bedingten prognostizierten Fachkräftemangels wird künftig mehr der qualifizierten Arbeitskraft als dem Alter der Person, die sie innehat, Aufmerksamkeit geschenkt werden.

Augenblicklich sind die Gruppe der Nachfrager wie die der Anbieter darin vereint, dass sie noch nicht den „richtigen“ Zugang zum Altsein gefunden haben²⁴⁹: Die Zielgruppe selbst fühlt sich nicht „alt“, da Altsein auch von ihr häufig einseitig in seiner biologischen Dimension verstanden wird: Als krank, gebrechlich und damit pflegebedürftig – was sich fatal auf das Kaufverhalten auswirkt:

Sie wollen allerdings auch umständlich umworben sein. Das Motto: Immer an das Alter der Kunden denken, nie darüber reden. Wer im Restaurant „Seniorenteller“ anbietet oder im Supermarkt „Rentner-Kassen“ einrichtet, hat schon verloren. Man will dazugehören, integriert sein – und bloß nicht an körperliche Handicaps erinnert werden.²⁵⁰

²⁴⁷ NIEJAHR, ELISABETH (2003): „Wirtschaftswunder in Grau. Die Deutschen werden immer älter – und trotzdem kann es ihnen besser gehen.“ In: *Die Zeit*. Nr. 51/2003. 11.12.2003. Im Internet unter: <[Link](#)>. S. 1.

²⁴⁸ Ebd. S. 5. Hervorhebungen von mir.

²⁴⁹ Stellvertretend dafür das Statement eines Werbefachmanns in einem Interview in der *Der Zeit*: „Die Branche habe die richtige Ansprache für die Älteren noch längst nicht gefunden, sagt Bernd Michael, Geschäftsführer der Werbeagentur Grey: ‚Alle sind noch auf Entdeckungsreise.‘ Bis heute hantieren die Werber unbeholfen mit Begriffen wie ‚Best Agers‘, ‚Whoopies‘ (Wellfare Of Old People) oder ‚Kukidents‘, um die finanzkräftige Altersgruppe ab Mitte 50 anzusprechen. Doch wer nennt sich schon gerne ‚Kukident‘?“ NIEJAHR, ELISABETH (2004): „Wenn die Alten jünger werden. 60-Jährige beim Rockkonzert, grauhaarige Dynamiker als Werbeträger, Trendwende in den Personalabteilungen: Der Jugendwahn ist vorbei.“ In: *Die Zeit*. 16.09.04. 39/2004. S. 3.

²⁵⁰ NIEJAHR, ELISABETH/ROHWETTER, MARCUS (2003): „Lasst sie jung aussehen. Sie haben Geld, Zeit und Lust: Die Wirtschaft entdeckt Menschen jenseits der 50 als Zielgruppe. Willkommen in der Konsumwelt von morgen.“ In: *Die Zeit*. Nr. 04/2003. Im Internet unter: <[Link](#)>. S. 2.

Die Wirtschaft wiederum reagiert unbeholfen, indem sie entweder ihre Produkte für Ältere versteckt und nicht offensiv bewirbt, oder weißhaarige, hochdynamische Aktivisten in ihrer Werbung einsetzt, wodurch sich die Älteren eher unter Druck gesetzt fühlen und lieber den Rückzug antreten statt in Konkurrenz zu jenen zu treten.²⁵¹

Um dem Abhilfe zu leisten, hat sich unter dem Label „Seniorenwirtschaft“ ein Verbund aus Wissenschaft und Wirtschaft formiert, der es sich zur Aufgabe gemacht hat, gesellschaftliche Bereiche wie Gesundheit, Ernährung oder Tourismus auf bestehende Defizite hinsichtlich ihres Angebots für ältere Menschen zu untersuchen und jene beschäftigungswirksam auszugleichen. Dabei sind die Meinungen in der Wirtschaft längst nicht so einhellig, wie die in der Wissenschaft. CIRKEL et al. haben drei Gruppen identifizieren können²⁵²: Zu der am progressivsten vorgehenden Gruppe gehören die *demografisch sensiblen Innovatoren*, welche bereits seit Anfang der 90er Jahre an der Entwicklung bzw. Modifikation neuer Produkte und Dienstleistungen für mehr Lebensqualität im Alter arbeiten. Die Gruppe der *abwartenden Vorsichtigen* dagegen ist sich zwar des Trends bewusst, weiß aber nicht, welche Schlüsse sie aus ihm ziehen soll. Aus Furcht, sich beim Werben um ältere Kundenkreise von den jüngeren Zielgruppen zu entfernen, wird lieber abgewartet und die weitere Entwicklung beobachtet. Der Seniorenwirtschaft eher skeptisch gegenüber steht die dritte Gruppe der *Zweifler und Ablehner*, für die aus der demografisch bedingten Alterung der Gesellschaft kein Handlungsbedarf resultiert. Ihre Haltung speist sich aus dem Glauben, dass ihre Produktpalette auch in der Vergangenheit betagtere Kunden zufrieden gestellt habe, so dass eine weitere Anpassung überflüssig sei. Beispielsweise gibt es bislang nur wenige Handwerker, die offensiv mit dem altengerechten Umbau von sanitären Einrichtungen oder Wohnungen werben. Diese Gruppe läuft Gefahr, Kunden an die Anbieter aus der ersten Gruppe zu verlieren, wenn diese ihre Geschäftsfelder ausweitet und zunehmend in die Märkte der Zweifler eindringt. Dabei lassen sich gegenwärtig allerorten Beispiele für eine erfolgreiche Befriedigung des Bedürfnisses nach mehr Lebensqualität im Alter ausfindig ma-

²⁵¹ Obwohl: Das Durchschnittsalter der Harley Davidson-Kunden beläuft sich inzwischen auf 52 Jahre. Vgl. NIEJAHR, ELISABETH/ROHWETTER, MARCUS (2003): „Lasst sie jung aussehen. Sie haben Geld, Zeit und Lust: Die Wirtschaft entdeckt Menschen jenseits der 50 als Zielgruppe. Willkommen in der Konsumwelt von morgen.“ In: *Die Zeit*. Nr. 04/2003. Im Internet unter: [<Link>](#). S. 1.

²⁵² CIRKEL, MICHAEL/HILBERT, JOSEF/SCHALK, CHRISTA (2004): *Produkte und Dienstleistungen für mehr Lebensqualität im Alter. Expertise*. Gelsenkirchen. Im Internet unter [<Link>](#). S. 49/50.

chen: Eher unbeabsichtigt machte der Autohersteller Mercedes Benz bei der Einführung der A-Klasse die Erfahrung, dass – obwohl er massiv um das Marktsegment der aufstrebenden und erfolgreichen Jungen geworben hat – mehr als die Hälfte seiner Kunden der erhöhten Sitze wegen die über 50jährigen ausgemacht haben.²⁵³ Der schwedische Autohersteller Volvo hat diesen Trend bereits vor längerer Zeit erkannt, ihn allerdings aus Angst, jüngere Käuferschichten mit einem „Altenmobil“ zu verschrecken, nicht offensiv im Marketing eingesetzt. Dasselbe trifft auf Nokia zu, die zu den ersten Telekommunikationsanbietern zählten, welche Handymodelle mit größeren Tasten und Display auf den Markt brachten, um ältere Käuferschichten anzusprechen. In Japan sind solche Berührungsängste aufgrund der weiter vorgeschrittenen demografischen Alterung weniger bekannt. Der Autohersteller Nissan beispielsweise bietet für den Mittelklassewagen *Primera* eine Rückfahrkamera an, die sich, sobald man den Rückwärtsgang einlegt, einschaltet und ihr Bild auf ein Display in der Mittelkonsole überträgt.²⁵⁴ Wie groß der Nachholbedarf in Deutschland ist, zeigt eine Zufriedenheitsbefragung der *Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO)*: Demnach haben 92 % der älteren Menschen Probleme beim Öffnen von Verpackungen. Zu den am häufigsten genannten Problemverursachern zählen in Kunststoff eingeschweißte Nahrungsmittel wie Wurst oder Käse. Zudem beklagen zwei Drittel der Befragten die schlecht lesbaren Haltbarkeitsdaten.²⁵⁵ Die Schweiz schafft hier durch die Errichtung von Computerterminals Abhilfe, an denen Kunden die Waren scannen und neben den wichtigsten Informationen weitere Anregungen und Hinweise erhalten können.²⁵⁶

Der mehrheitlich geäußerte Wunsch älterer Menschen lautet, so lange wie möglich in ihrem vertrauten Umfeld wohnen zu bleiben bzw. die Lebensphase vor dem Einzug in eine Pflegeeinrichtung oder ein Seniorenheim auszudeh-

²⁵³ NIEJAHR, ELISABETH/ROHWETTER, MARCUS (2003): „Lasst sie jung aussehen. Sie haben Geld, Zeit und Lust: Die Wirtschaft entdeckt Menschen jenseits der 50 als Zielgruppe. Willkommen in der Konsumwelt von morgen.“ In: *Die Zeit*. Nr. 04/2003. Im Internet unter: <[Link](#)>. S. 1.

²⁵⁴ Solche Errungenschaften beweisen zudem, dass sich altengerechte Produkte nicht zwangsläufig auf das dritte und vierte Lebensalter beschränken müssen, sondern auch Menschen im ersten und zweiten Lebensalter von großer Hilfe sein können. Vgl. Ebd. S. 2.

²⁵⁵ LENZ, URSULA (2004): „Senioren – treue Kunden, aber zunehmen kritisch.“ In: BAGSO (Hg.): *Pressemitteilung*. 4/2004. 20.07.2004. Bonn. Im Internet unter <[Link](#)>. S. 1.

²⁵⁶ NIEJAHR, ELISABETH/ROHWETTER, MARCUS (2003): „Lasst sie jung aussehen. Sie haben Geld, Zeit und Lust: Die Wirtschaft entdeckt Menschen jenseits der 50 als Zielgruppe. Willkommen in der Konsumwelt von morgen.“ In: *Die Zeit*. Nr. 04/2003. Im Internet unter: <[Link](#)>. S. 3.

nen.²⁵⁷ Angesichts der demografisch bedingten Zunahme der Anzahl von Menschen im dritten und vierten Lebensalter dürften zukünftig die Wirtschaftszweige Erfolg haben, welche durch Unterstützung der Selbstständigkeit mithelfen, diesen Wunsch zu realisieren, wie z.B. das *Service-Wohnen*. Dem Bedürfnis nach Verbleib in der angestammten Umgebung kann sowohl durch altengerechte Umgestaltung der Wohnung mittels technischer Modifikationen²⁵⁸ als auch durch die Bereitstellung *haushaltsnaher* Dienstleistungen entsprochen werden. Da jene insbesondere von Frauen erbracht werden, könnte deren Ausweitung einen Anstieg der in Deutschland vergleichsweise niedrigen Frauenerwerbsquote zu Folge haben.

Beispielsweise können Anbieter aus der Wohnungswirtschaft optional zu den Unterkünften seniorengerechte Dienstleistungspakete schnüren, in denen neben den herkömmlichen Hausmeistertätigkeiten auch Reinigungs-, Haushalts- oder Einkaufsdienste enthalten sind.²⁵⁹ Die Integration neuer Kommunikationsmedien bzw. Hilfsmittel zur Ferndiagnose aus der Telematik²⁶⁰ können obendrein helfen, den Zeitpunkt der Pflegebedürftigkeit in eine spätere Lebensphase zu verschieben. Menschen mit einer gesundheitlichen Einschränkung, wie z.B. Diabetiker, profitieren vom vernetzten Angebot, welches neben der auf den Blutzucker angestimmten Zubereitung der Verpflegung auch Unterstützung beim Setzen von Insulinspritzen sowie medizinisches Personal vor Ort beinhalten kann. Auf diese Weise dringen die sensiblen Innovatoren allmählich in den Bereich der Altenbetreuung bzw. der Pflegedienste vor, wodurch sich deren Kundenstruktur erwartungsgemäß auf die schwereren, aufwendigeren Fälle beschränken würde.²⁶¹

²⁵⁷ CIRKEL, MICHAEL/HILBERT, JOSEF/SCHALK, CHRISTA (2004): *Produkte und Dienstleistungen für mehr Lebensqualität im Alter. Expertise*. Gelsenkirchen. Im Internet unter <[Link](#)>. S. 60.

²⁵⁸ Hierunter fallen der Abbau von Barrieren, Umbau der Bäder, Verlegung rutschfester Böden, Automatisierung von Rollläden etc., Installation von Kommunikationsanlagen etc. Leider gibt es auch hier einen so genannter *mismatch* zwischen Angebot und Nachfrage.

²⁵⁹ HILBERT, JOSEF/NAEGELE, GERHARD (2002): „Dienstleistungen für mehr Lebensqualität im Alter – Ein Such- und Gestaltungsfeld für mehr Wachstum und Beschäftigung.“ In: BOSCH, GERARD [ET AL.] (Hg.): *Die Zukunft von Dienstleistungen. Ihre Auswirkungen auf Arbeit, Umwelt und Lebensqualität*. Frankfurt a. M./New York. S. 359.

²⁶⁰ Auf die sich durch den medizinisch-technischen Fortschritt ergebenden Möglichkeiten wird im nächsten Abschnitt eingegangen.

²⁶¹ Die würde auch die These von Bauch stützen, dass die Wirtschaft dem Gesundheitssystem bzw. dem Kernsektor der Gesundheitswirtschaft verstärkt die „unlukrativeren“ Bereiche von Krankheit überlässt, während sie selbst nach dem Code lebensförderlich/lebenshinderlich prosperiert: „Die Kompetenzausweitung des Gesundheitssystems mit der damit verbundenen Entmachtung der Ärzte, die nun nicht mehr die „gate keeper“-Funktion für das Gesundheitssystem in toto in Händen halten, sondern allenfalls für das Subsystem der Krankenbehandlung als Teilsystem des Gesundheitssystems nach der Maßgabe der Traditionscodierung krank/gesund kompetent und zuständig sind.“ BAUCH, JOST (1996): *Gesundheit als sozialer*

Augenblicklich scheitern Vorhaben wie das Service-Wohnen für mehr Lebensqualität im Alter an der mangelnden Koordination der beteiligten Akteure²⁶², was evt. an der Orientierung jeweils verschiedener Systemlogiken liegen kann. Der Wohnungswirtschaft fiele in dem Fall die Aufgabe zu, eine Interpenetrationszone zu schaffen, welche gesundheitliche und wirtschaftliche Überlegungen innovativ miteinander vereint, um neue beschäftigungsintensive Dienstleistungen hervorzubringen.

4.1.3.3 *Exkurs:* Die Auswirkungen des demografischen Wandels auf unsere Sozialversicherungssysteme

Im Zusammenhang mit der Entwicklung der Gesundheitswirtschaft kommt man nicht umhin, die derzeitigen Reformbemühungen im Kernsektor zu thematisieren. In Bezug auf den demografischen Wandel wird befürchtet, dass eine immer kleiner werdende Zahl von Personen im erwerbsfähigen Alter einer immer größer werdenden Zahl von Rentnern gegenübersteht, was für unsere umlagebasierten Sozialversicherungssysteme ein massives Problem darstelle. Ein Blick in *Tabelle 9* bestätigt, dass der Altenquotient²⁶³ bis zum Jahr 2020 stetig und darüber hinaus rasant anwachsen wird. Sind im Jahr 2000 etwa auf 100 Erwerbspersonen ca. 40 Menschen im Rentenalter gekommen, wird das prognostizierte Verhältnis bis zum Jahre 2020 auf knapp 55 und ab 2030 auf über 70 zu 100 anschwellen. Da Kinder und Jugendliche ebenfalls der Versorgung bedürfen, ist der Gesamtquotient noch viel aussagekräftiger. Demnach sind im Jahr 2000 78 Personen zu versorgen gewesen, im Jahr 2020 werden es 88 Personen sein und im Jahr 2050 112.

Code. Von der Vergesellschaftung des Gesundheitswesens zur Medikalisierung der Gesellschaft. Weinheim; München. S. 13.

²⁶² CIRKEL, MICHAEL/HILBERT, JOSEF/SCHALK, CHRISTA (2004): *Produkte und Dienstleistungen für mehr Lebensqualität im Alter. Expertise.* Gelsenkirchen. Im Internet unter <[Link](#)>. S. 64/65.

²⁶³ „Der Altenquotient bildet das Verhältnis der Personen im Rentenalter (i.d.R. im Alter von 60 bzw. 65 Jahren und älter) zu 100 Personen im erwerbsfähigen Alter (i.d.R. von 20 bis 59 bzw. bis 64 Jahren).“ STATISTISCHES BUNDESAMT (Hg.) (2003): *Bevölkerung Deutschlands bis 2050 – Ergebnisse der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung.* Wiesbaden. S. 51.

Tabelle 9: Demografische Belastungsquotienten in Deutschland von 1960 bis 2050²⁶⁴

Entwicklung der Wohnbevölkerung und demografische Belastungsquotienten in Deutschland von 1960 bis 2050											
	Personen in Millionen im Alter von				Kinder- und Jugendanteil der Bevölkerung	Altenanteil an der Bevölkerung	Kinder und Jugendquotient	Altenquotient	Gesamtquotient	Hochbetagtenquotient	
	Unter 20 A	20 bis unter 60 B	60 und mehr C	Insgesamt D	$\frac{A}{D}$ in %	$\frac{C}{D}$ in %	$\frac{A}{B}$ in %	$\frac{C}{B}$ in %	$\frac{A+C}{B}$ in %	(>80 jährige/B in %)	
1960	22,1	38,3	12,7	73,1	30,2	17,4	57,7	33,2	90,9	-	1960
1970	24,5	38,0	15,6	78,1	31,4	20,0	64,5	41,1	105,5	-	1970
1980	22,2	41,0	15,2	78,4	28,3	19,4	54,1	37,1	91,2	-	1980
1990	18,4	45,1	16,3	79,8	23,1	20,4	40,8	36,1	76,9	-	1990
1995	18,5	46,1	17,2	81,8	22,6	21,0	40,1	37,3	77,0	5,4	1995
2000	17,6	46,1	18,4	82,0	21,3	22,4	38,2	39,9	78,0	4,8	2000
2010	15,5	46,3	21,3	83,1	18,7	25,6	33,5	46,0	79,5	6,5	2010
2020	14,6	44,1	24,2	82,8	17,6	29,2	33,0	54,8	87,7	8,7	2020
2030	13,9	39,4	27,9	81,2	17,1	34,4	35,4	70,9	106,2	9,0	2030
2040	12,9	38,0	27,7	78,5	16,4	35,3	33,9	72,8	106,6	11,6	2040
2050	12,1	35,4	27,6	75,1	16,1	36,8	34,1	77,8	112,0	15,6	2050

Ab dem Jahr 2010 Schätzwerte der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung (Variante 5 „mittlere“ Bevölkerung: mittlere Wanderungsannahme W2 (jährliches Saldo 200.000 Personen) und mittlere Lebenserwartungsannahme L2 (durchschnittliche Lebenserwartung 2050 bei 81 bzw. 87 Jahren)).

Unter dem Stichwort der „Generationengerechtigkeit“ plädiert man in Politik und Wirtschaft daher für eine Abkehr vom umlagefinanzierten Verfahren hin zu einer privaten, kapitalgedeckten Vorsorge. Zwar können an dieser Stelle nicht die Vorzüge und Nachteile der einzelnen Sozialsysteme diskutiert werden, allerdings lässt sich die Annahme, der demografische Wandel löse eine „Rentenkatastrophe“ aus bzw. das Gesundheitssystem stecke in einer „Demografiefalle“²⁶⁵, nicht aufrecht erhalten: Geht man davon aus, dass die Zahl der zu versorgenden Menschen im Jahr 2050 tatsächlich 112 beträgt, so ergäbe das eine Mehrbelastung seit dem Jahr 2020 von 27 % pro Erwerbsperson – vorausgesetzt die Wirtschaft stände bis dahin still. HILBERT geht unter Rückbezug auf Studien des DIW, WZB und des *Wissenschaftszentrums*

²⁶⁴ Darstellung nach: BÄCKER, GERHARD [ET. AL] (Hg.) (2004): „Entwicklung der Wohnbevölkerung und demografische Belastungsquotienten in Deutschland von 1960 bis 2050.“ In: www.Sozialpolitik-Aktuell.de. Im Internet unter: <Link>. Letztes Update: Unbekannt. Quelle: STATISTISCHES BUNDESAMT (Hg.) (2003): *Bevölkerung Deutschlands bis 2050 – Ergebnisse der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung*. Wiesbaden.

²⁶⁵ STANOWSKY, JÜRGEN/SCHMAX, SABINE/SANDVOß, ROLF (2004): *Gesundheitsmarkt – ein Wachstumsmotor? Working Paper. Economic Research. Allianz Group. Dresdner Bank*. Im Internet unter <Link>. S. 4.

Nordrhein-Westfalen sowie des Wuppertaler Instituts für Klima, Energie und Umwelt von einem zukünftigen jährlichen Wachstum des BIP zwischen 1,6 und 2,2 % sowie einem Anwachsen der Erwerbstätigkeit von jährlich 0,3 % aus, sofern es zu keinen nennenswerten Verschiebungen in der Umwelt-, Wirtschafts- und Sozialpolitik kommt.²⁶⁶ Bei einer stärkeren Betonung der sozialen und ökologischen Nachhaltigkeit könnte sich das Wachstum der Erwerbstätigkeit aufgrund der Personalintensität in diesen Bereichen sogar auf 0,6 % steigern. Sowohl die *Rürup-Kommission* mit einem Wert von 1,8 % als auch die *Herzog-Kommission* mit einem Wert von 1,25 % gehen beide von jährlichen Produktivitätssteigerungen in der Wirtschaft aus.²⁶⁷ KÜHN zufolge ständen der Mehrbelastung der Erwerbspersonen im Jahre 2050 demnach – trotz niedriger Ausgangswerte – eine produktivitätsbedingte Einkommenssteigerung von 140 % bzw. immerhin 84 % gegenüber, sofern die Löhne in etwa steigen wie bisher. Außerdem bleibt der medizinisch-technische und gesundheitswissenschaftliche Fortschritt gänzlich unberücksichtigt, der neben den allgemeinen Lebensbedingungen ebenfalls einen Großteil dazu beitragen könnte, dass die Menschen künftig einen Großteil ihres Lebensabends in guter Gesundheit verbrächten.²⁶⁸

Daneben offenbart *Tabelle 9* für das Jahr 1970 mit einem Gesamtquotienten von 105,5 einen gemessen an der zukünftigen Entwicklung recht hohen Wert, der erst wieder im Jahre 2030 erreicht werden wird. Dieser kommt zwar mehrheitlich durch die geburtenreichen Jahrgänge in den 60er Jahren zustande, weist aber auch einen vergleichsweise hohen Altenquotient auf. Da die Gesundheitswirtschaft in entscheidendem Maße von ihrem Kernsektor abhängig ist, sollten Reformbemühungen, die eine stärkere private Finanzierung der Leistungen in diesem Bereich favorisieren, genauestens daraufhin überprüft werden, ob die Gewinne weiterhin ihr oder den an der Kapitaldeckung beteiligten Finanzunternehmen zufließen, welche an den höheren Transaktionskosten verdienen werden. Die Bemühungen sollten sich darauf konzentrieren, die Einnahmehasis der Sozialversicherungssysteme auszuweiten und Ineffizienzen zu beseitigen. Außerdem dürfte der Gesundheits-

²⁶⁶ HILBERT, JOSEF/FRETSCHNER, RAINER/DÜLBERG, ALEXANDRA (2002): *Rahmenbedingungen und Herausforderungen der Gesundheitswirtschaft*. Gelsenkirchen. S. 18.

²⁶⁷ KÜHN, HAGEN (2004): „Demographischer Wandel und demographischer Schwindel. Zur Debatte um die gesetzliche Krankenversicherung.“ In: *Blätter für deutsche und internationale Politik*. 6/2004. Im Internet unter: <[Link](#)>. Letztes Update: Unbekannt. S. 6/7.

²⁶⁸ In *Abschnitt 4.2.2* wird eingehend der Frage nach dem tatsächlich zu erwarteten Pflegebedarf nachgegangen.

wirtschaft besonders die Aufrechterhaltung der Konsumkraft der jungen Alten am Herzen liegen, so dass eine unnötige Verringerung des verfügbaren Einkommens dieser Gruppe vermieden werden muss. Werden etwa die im Auftrag der SPD erstellten Modelle der Rürup-Kommission verwirklicht, ist neben einem verringerten Rentenanstieg auch mit einer Erhöhung des Renteneinstiegsalters zu rechnen. Um also ein ähnliches Rentenniveau wie aktuell zu erreichen, werden die Rentner von morgen deutlich länger einzahlen müssen, um eine Absicherung im Alter in der Höhe der heutigen Sozialhilfe zu erhalten. Angesichts der herrschenden Arbeitslosigkeit wird es für viele jedoch kaum möglich sein, genügend Berufsjahre geltend zu machen.²⁶⁹ Durch die Reformen auf dem Arbeitsmarkt, welche Arbeitslose zum Entsparen zwingt, drohen sich vereinzelte Ausfallzeiten im Berufsleben sofort vermögenswirksam niederzuschlagen.

4.1.4 Der medizinisch-technische und gesundheitswissenschaftliche Fortschritt

Wie beschrieben hat das Gesundheitssystem während seiner funktionalen Ausdifferenzierung (um seinen spezifischen Sinnhorizont herum) eine eigene Semantik entwickelt, mit welcher es seine Umwelt filtert. Bei der Selektion von Sinn orientiert es sich an der zweiwertigen Differenz gesund/krank, womit es automatisch eine bestimmte Perspektive bzw. teilsystemische Weltsicht auf seine Umwelt ausbildet, die jedoch blind für die Systemlogiken anderer Systeme ist. Auf diese Weise existieren eine Vielzahl teilsystemischer Logiken nebeneinander: Die Welt ist polykontextural. Der medizinisch-technische Fortschritt ist ein gutes Beispiel für die ursprüngliche Ausklammerung fremder Systemlogiken und die spätere Öffnung der Programme für „fremden“ Sinn.

In der Logik des Gesundheitssystems besteht die vorrangige Aufgabe des medizinisch-technischen Fortschritts *primär* in der Entwicklung und Verbesserung der Interventionsmöglichkeiten zur Diagnose und Therapie von Krankheiten. Die Entwicklung und Erprobung gewinnbringender Produkte und Verfahren sowie deren Vermarktung ist zunächst irrelevant bzw. sekundär. Erst

²⁶⁹ „Auch Bert Rürup macht keinen Hehl daraus, dass die Rentner von morgen deutlich länger einzahlen müssen, um eine Absicherung auf dem Niveau der heutigen Sozialhilfe zu erhalten und dass es für viele der heutigen Arbeitslosen kaum möglich sein wird, genug Beitragsjahre zu erreichen. Es wird in Zukunft deutlich mehr Altersarmut geben, warnt Sozialökonom Döring. Nach seinen Berechnungen kommen schon jene, die statt 45 Beitragsjahren nur 40 Jahre lang einzahlen, auf lediglich 34 % des Bruttoeinkommens.“ NIEJAHR, ELISABETH/HAMANN, GÖTZ (Hg.) (2003): „Arme Rentner anno 2020.“ In: *Die Zeit*. Nr. 36/2003. Im Internet unter <[Link](#)>. S. 1/2.

mit der Anlagerung wirtschaftlicher Überlegungen, welche in die Programme des Gesundheitssystems diffundiert sind, schenkt man in den letzten Jahren neben der gesundheitswissenschaftlichen Dimension auch seinem wirtschaftlichen Reservoir größere Aufmerksamkeit. Zur medizinischen Wirksamkeitsbetrachtung gesellen sich zunehmend ökonomische Überlegungen, z.B. werden den Kosten des Ressourceneinsatzes im Verhältnis zum erreichbaren Nutzen größere Aufmerksamkeit geschenkt. Das Eindringen wirtschaftlichen Sinns lässt sich anhand der gewandelten Definition des medizinisch-technischen Fortschritts besonders deutlich nachvollziehen: Gesundheitswissenschaftlich unterscheidet die Medizin zwischen *diagnostischen* und *therapeutischen* Fortschritten, die zum Ziel haben, die Grenze des medizinisch „Machbaren“ zu Gunsten des Patienten zu verschieben. Diese Definition wurde vom Wirtschaftssystem um die Unterscheidung zwischen *Prozessinnovationen* und *Produktinnovationen* ergänzt.²⁷⁰ Innovationen, die den Prozess betreffen, haben durch die Erhöhung der Wirtschaftlichkeit sowie Ausweitung des Güterangebots größere Produktivitätssteigerungen zum Ziel. Erreicht werden jene entweder durch eine Absenkung des Inputs bei gleich bleibendem Output (Faktoren *sparender* Einsatz) oder eines Anstiegs des Outputs bei gleich bleibendem Input (Faktoren *vermehrender* Einsatz). Produktinnovationen heben auf die Erfindung und Herstellung neuer, verbesserter Erzeugnisse ab, z.B. geronto-technischer Apparaturen, neuer Materialien für Implantate etc. Heute sind sowohl der gesundheitswissenschaftliche als auch der wirtschaftswissenschaftliche Ansatz in der Definition des medizinisch-technischen Fortschritts fest verankert und miteinander verknüpft.²⁷¹

Mit der lange andauernden teilsystemischen Fixierung des Gesundheitssystems auf den Gesundheitscode lässt sich somit erklären, warum man in Deutschland in der Vergangenheit wenig Notiz vom wirtschaftlichen Potential des medizinisch-technischen Fortschritts genommen und somit andere den

²⁷⁰ SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN IN DEUTSCHLAND (1997): *Gesundheitswesen in Deutschland: Kostenfaktor und Zukunftsbranche. Sondergutachten 1997. Band. 2: Fortschritt und Wachstumsmärkte, Finanzierung und Vergütung*. Baden-Baden. S. 59.

²⁷¹ Diese Verschmelzung spiegelt sich auch im Sozialgesetzbuch wider, nach der die medizinischen Leistungen einerseits dem „allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen“ haben (SGB 5, § 2,1), andererseits aber „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ zu sein haben sowie „das Maß des Notwendigen nicht überschreiten“ dürfen (SGB 5, § 12,1). BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALE SICHERUNG (Hg.) (2004): *Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477)*. Berlin. Im Internet unter: <[Link](#)>. Letzte Aktualisierung: 30.07.04.

ökonomischen Nutzen für sich verbuchen konnten. GRÖNEMEYER attestiert, dass der deutschen Wirtschaft ein Milliardenmarkt verloren gegangen ist:

Ein Beispiel von vielen ist die Endoskopie, die, obwohl an deutschen Universitäten entwickelt, heute aus Japan reimportiert wird: Ein Milliardenmarkt, der zu über 80 % von einer einzigen japanischen Firma dominiert wird. Wie bei der Geschichte der Fax- oder Fotokopiererentwicklung gingen uns hierdurch nicht nur Know-how, sondern auch Arbeitsplätze, Steuern, Hochschulförderung und Zukunftsmärkte verloren.²⁷²

Anstatt die Ärzte für ihr Engagement zu belohnen, ist ihnen in Deutschland häufig das Gegenteil widerfahren:

Erinnert sei an Herzkatheder, Ballondilatation, Endoskopie oder Mikrotherapie: Bei all diesen Entwicklungen „made in Germany“ wurden die Ergebnisse der Forschung – die Forscher selbst wurden häufig genug nicht ernst genommen oder gar lächerlich gemacht – später in den USA oder Japan vermarktet. Markantestes Beispiel aus der Vergangenheit: der Nobelpreisträger Werner Forßmann, der Erfinder des Herzkatheters, der sich mit diesem innovativen Projekt habilitieren wollte, dabei aber nur zu hören bekam; „Man schiebt sich keine Fahrradspeichen ins Herz“ und „Mit einem derart lächerlichen Kunststück habilitiert man sich vielleicht in einem Zirkus, aber nicht in einer ordentlichen deutschen Klinik“.²⁷³

Die Beispiele unterstreichen, dass eine politische Gestaltung der Rahmenbedingungen notwendig ist, wenn sich der Nutzen des medizinisch-technischen Fortschritts in Deutschland und nicht anderswo in der Welt entfalten soll.²⁷⁴

GRÖNEMEYER plädiert darum für eine progressive Unterstützung des Medizintechnik-Standorts „med. in Deutschland“, welcher in den letzten Jahren ebenfalls zu den wenigen hiesigen Wachstumsbranchen gehörte.

Das Wachstum des Medizintechnik-Marktes ist mit 5,8 % zwischen 1995 und 2001 und einem Branchenumsatz von 11,3 Milliarden € im Jahr 2001 überdurchschnittlich groß gewesen, wobei der Export mit 53 % mehr als die Hälfte des Umsatzes ausgemacht hat. Den Angaben des Fachverbandes für Medizintechnik *SPECTARIS* zufolge hat sich der Umsatz im Jahr 2003 auf 12,5 Milliarden € und die Exportquote trotz zwischenzeitlich rückläufiger Tendenz auf 54,3 % steigern können.²⁷⁵ Im Jahr 2001 sind 38 % der Ausfuhren in die

²⁷² GRÖNEMEYER, DIETRICH H. W. (2001): *Med. in Deutschland. Standort mit Zukunft*. Berlin. S. VIII.

²⁷³ GRÖNEMEYER, DIETRICH H. W. (2002): „Gesundheitswirtschaft „Med. in Germany“ – Verpasst Deutschland eine Chance?“ In: BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (Hg.): *Zukunftsmarkt Gesundheit. Tagungsband der Veranstaltung des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie, am 6.12.2001 in Berlin*. Baden-Baden. S. 35.

²⁷⁴ Grönemeyer zufolge haben sich im Jahre 2001 bereits ca. 43 % aller medizintechnischen Firmen in Europa im amerikanischen Besitz befunden, während dem deutschen Know-how in der Form gewürdigt werde, indem Spezialisten z.B. in die USA abgeworben würden. Vgl. Ebd. S. 35.

²⁷⁵ Vgl. SAGA, MARKUS (2004): „Deutsche Medizintechnik abwartend. Für 2004 durchwachsene Konjunkturerwartungen. In der Bilanz 2003 deutlich abnehmende Wachstumsraten und Prob-

europäische Union und 20 % in die USA geliefert worden.²⁷⁶ GRÖNEMEYER beziffert die Exportquote für elektromedizinische Produkte sogar auf zwischen 60 und 70 %.²⁷⁷

Die größte Nachfrage nach Medizinprodukten in Europa findet sich mit 31 % Marktanteil bzw. 14 Milliarden € Umsatz in Deutschland, womit der französische Anteil mit 17 % um das Doppelte und der italienischen Anteil mit 12 % um beinahe das Dreifache übertroffen werden. Auf dem Weltmarkt, dessen Volumen auf 170 Milliarden € geschätzt wird, führen mit 40 % Marktanteil die USA, gefolgt von Japan mit 15 % und Europa mit ca. 25 % bzw. 44,7 Milliarden € an dritter Stelle.²⁷⁸ Den größten ausländischen Absatzmarkt sieht die Branche zukünftig in China, wo sich mit einer durchschnittlichen Wachstumsrate von mehr als 10 % in diesem Wirtschaftssegment eine exorbitante Nachfrage abzeichnet. Die Erfahrungen mit der auf den Menschen übergesprungenen Vogelseuche SARS im Zusammenhang mit der jetzigen Situation des chinesischen Gesundheitssystems haben die Zentralregierung in Peking zum Handeln veranlasst. Beispielsweise ist bis zum Jahr 2010 die Errichtung eines Netzwerks von Gesundheitszentren geplant. Aber auch die mit dem wirtschaftlichen Aufschwung des Landes gestiegenen Ansprüche der Chinesen an ihr Gesundheitssystem geben Anlass zur Hoffnung, dass dessen Erneuerung den aktuell 1.183 hierzulande ansässigen Firmen einen steigenden Exportgewinn bescheren könnte.²⁷⁹ Augenblicklich belegt Deutschland in der chinesischen Einfuhrstatistik medizinisch-technischer Produkte mit 17 % nach den USA mit 33 % und Japan mit 22 % den dritten Platz.

Wichtigste Abnehmer in Deutschland sind die Krankenhäuser, denen im Jahr 2001 für ca. 6,5 Milliarden € des Umsatzes mit Medizinprodukten und für ca. zwei Milliarden € in Investitionsgütern zuzuschreiben sind. Die restlichen 5,5 Milliarden € sind auf die niedergelassenen Ärzte(Praxen) entfallen. Die Prog-

leme mit Gesundheitsreform und im Export.“ In: SPECTARIS (Hg.): *Med. Newsletter*. Im Internet unter: <[Link](#)>. Letztes Update: 08.03.2004.

²⁷⁶ FABIAN, FRANK (2002): *Märkte im Fokus. Medizintechnik – ein Markt mit Wachstumsperspektiven*. IKB Report Medizintechnik. Düsseldorf. Im Internet unter: <[Link](#)>. Letztes Update: Unbekannt. S. 6/7.

²⁷⁷ GRÖNEMEYER, DIETRICH H. W. (2001): *Med. in Deutschland. Standort mit Zukunft*. Berlin. S. 253.

²⁷⁸ FABIAN, FRANK (2002): *Märkte im Fokus. Medizintechnik – ein Markt mit Wachstumsperspektiven*. IKB Report Medizintechnik. Düsseldorf. Im Internet unter: <[Link](#)>. Letztes Update: Unbekannt. S. 7. Grönemeyer hingegen beziffert die Höhe des Weltmarktes für Medizinprodukte auf lediglich 150 Milliarden DM. Vgl. GRÖNEMEYER, DIETRICH H. W. (2001): *Med. in Deutschland. Standort mit Zukunft*. Berlin. S. 253.

²⁷⁹ Vgl. STOCK, GREGOR (2004): „Medizintechnik-Markt in China wächst überdurchschnittlich.“ In: SPECTARIS (Hg.): *Med. Newsletter*. Im Internet unter: <[Link](#)>. Letztes Update: 28.02.04.

nosen schauen einmal mit vier bis fünf Prozent Wachstum laut einer der Studie der IKB und einmal mit sechs bis sieben Prozent Wachstum laut GRÖNEMEYER übereinstimmend in eine optimistische Zukunft.²⁸⁰ Im Jahr 2001 hat selbiges *SPECTARIS* zufolge 12,1 %, im Jahr 2002 6,4 % und im Jahr 2003 immer „noch“ 4,9 % betragen, womit sich der positive Trend bislang bestätigen konnte. In seinem Gutachten hebt der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen deshalb die wachstumsförderlichen Einflüsse des medizinisch-technischen Fortschritts „als Motor für Wachstum, Wohlfahrts- und Beschäftigungseffekte und die Leistungsentwicklung im Gesundheitswesen“²⁸¹ hervor.

Um sich ein besseres Bild von den Möglichkeiten des medizinisch-technischen Fortschritts machen zu können, wird im Folgenden die *Telemedizin* bzw. *Telematik* als Beispiel für eine Prozessinnovation und die *Mikrostrukturtechnik* als Beispiel für eine Produktinnovation in Kürze vorgestellt.

4.1.4.1 Das Beispiel der Telematik als Motor für Prozessinnovationen

Das Wort *Telematik* setzt sich aus den Wörtern „Telekommunikation“ und „Informatik“ zusammen, sie

umfasst alle Bereiche der medizinischen Versorgung, Ausbildung, Information und Administration, in denen durch Telekommunikationstechnologien über Absender und Empfänger trennende Distanzen überwunden werden können.²⁸²

Obwohl mit dem Wort *Tele*²⁸³ die Distanz namensgebend ist, tragen die Errungenschaften auf dem Gebiet der Telematik bzw. der Telemedizin zu einer besseren Zusammenarbeit bei. Mittels der neuen Informations- und Kommunikationstechnologien (IuK) ist sowohl die vertikale als auch horizontale *Vernetzung* von Patienten, Arztpraxen, Kliniken, Behörden und sonstigen medizinischen Einrichtungen möglich. Die Vorteile für alle Beteiligten liegen vor allem in der schnelleren Verfügbarkeit von Daten wie z.B. Laborwerten, Befunden oder radiologischen Bildern sowie der *Optimierung* des Datenflusses.

²⁸⁰ FABIAN, FRANK (2002): *Märkte im Fokus. Medizintechnik – ein Markt mit Wachstumsperspektiven*. IKB Report Medizintechnik. Düsseldorf. Im Internet unter: <[Link](#)>. Letztes Update: Unbekannt. S. 6. Ferner: GRÖNEMEYER, DIETRICH H. W. (2001): *Med. in Deutschland. Standort mit Zukunft*. Berlin. S. 253.

²⁸¹ SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN IN DEUTSCHLAND (1997): *Gesundheitswesen in Deutschland: Kostenfaktor und Zukunftsbranche. Sondergutachten 1997. Band. 2: Fortschritt und Wachstumsmärkte, Finanzierung und Vergütung*. Baden-Baden. S. 57.

²⁸² LAUTERBACH, KARL/LINDLAR, MARKUS (1999): *Informationstechnologien im Gesundheitswesen. Telemedizin im Gesundheitswesen*. Bonn. Gutachten Friedrich-Ebert-Stiftung. Im Internet unter: <[Link](#)>. Letztes Update: Unbekannt. S. 19.

²⁸³ Tele = Ferne.

Damit entfallen z.B. langwierige und Kosten verursachende Odysseen von Patienten, welche von Spezialist zu Spezialist überwiesen werden und jeweils dieselben Untersuchungen mehrmals über sich ergehen lassen müssen.²⁸⁴ Künftig können Spezialisten online zu Rate gezogen werden bzw. muss eine vor Ort vorgenommene Untersuchung nicht mehr länger auch zwingend lokal ausgewertet werden. Stattdessen können die Daten den fachkundigsten Einrichtungen oder Personen übermittelt werden. Auf diese Weise ist es möglich, dass Unfall- oder Schlaganfallpatienten mit möglichen Hirnverletzungen an Ort und Stelle untersucht werden, während die Spezialisten fernab des Geschehens die Diagnose anhand der übertragenen Bilder und Daten stellen. Sie entscheiden, ob der Patient in eine Spezialklinik gebracht werden muss oder ob die Operation im nächst gelegenen Krankenhaus bewältigt werden kann, was bei der Gelegenheit sofort verständigt und mit den Befunden versorgt wird. Telemedizinische Verfahren helfen somit nicht nur Kosten, sondern auch wertvolle Zeit zu sparen. In Sachsen findet man derzeit eine der konsequentesten Umsetzungen der Telemedizin vor: Dort sind bereits jetzt 13 Krankenhäuser und 10 Arztpraxen in einem Krebsregister miteinander verbunden, langfristig sollen laut GRÖNEMEYER alle fünf Tumorzentren vernetzt werden, um optimale Synergieeffekte zu erzielen.²⁸⁵

Aufgrund des zügigen Wissensfortschritts in der Medizin kommt der Formel vom „lebenslangen Lernen“ eine besondere Bedeutung zu. Die IuK-Technologien erlauben es beispielsweise Ärzten, sich weltweit online in laufende Übertragungen von neuartigen und noch wenig bekannten Operationsmethoden einzuklinken und auf diese Weise zu lernen. Derartig vermitteltes Wissen findet schneller als mit Hilfe irgendeines anderen Mediums seine Verbreitung. Der Qualitätssicherung dürfte hierdurch ebenfalls ein gewaltiger Schub widerfahren, da Leitlinien im internationalen Vergleich bestehen müssen und weiterentwickelt werden, wovon die Effektivität und Wirtschaftlichkeit der Behandlungen profitieren. Derzeit stehen die Entwickler von geeigneter Software vor der Herausforderung, die Datenströme dermaßen zu organisieren, dass die jeweils wichtigen Informationen (leichter) von den unwichtigen unterschieden werden können.

²⁸⁴ Grönemeyer geht davon aus, dass jährlich 90 Millionen Arztbriefe geschrieben und 900 Millionen Medikamentenrezepte ausgestellt werden. Durch Ausnutzung der Möglichkeiten der Telematik könne schätzungsweise 1,5 Milliarden DM eingespart werden. Vgl. GRÖNEMEYER, DIETRICH H. W. (2001): *Med. in Deutschland. Standort mit Zukunft*. Berlin. S. 220.

²⁸⁵ Ebd. S. 221.

4.1.4.2 Das Beispiel der Mikrostrukturtechnik als Motor für Produktinnovationen

Die Wirksamkeit prozessorientierter telemetrischer Verfahren zur Fernüberwachung von Körpersignalen ist stark von den zum Einsatz kommenden Instrumenten abhängig. In der *Mikrostrukturtechnik* wird neben der Entwicklung neuer Werkstoffe für diese auch an deren Miniaturisierung gearbeitet, um gezielt zu den gewünschten Organen vorzudringen. Die hierbei zum Einsatz kommenden Materialien müssen hinsichtlich ihrer Haltbarkeit und Körperverträglichkeit besonderen Ansprüchen genügen, damit sie z.B. keine allergischen bzw. bei Verbleib im Körper toxischen Reaktionen hervorrufen. Darüber hinaus sind gerade in Bezug auf die Miniaturisierung ihre Formgedächtniseigenschaften sowie ihre „Superelastizität“ ausschlaggebend. Die Herausforderung für die Forscher besteht in dem Zusammenbringen der unterschiedlichen Eigenschaften, die mitunter in einem Spannungsverhältnis zueinander stehen.²⁸⁶ Ein bezüglich der Körperverträglichkeit viel versprechender Ansatz bildet das *tissue-engineering*, bei dem mittels der (Nach)Züchtung körpereigener „Werkstoffe“ beliebige Körperteile reproduzierbar und auf diese Weise alte, erkrankte Organe ersetzbar werden.²⁸⁷ Denkbar sind auch abbaubare Werkstoffe, die während ihres Zerfalls Wirkstoffe an ihre Umgebung abgeben, womit sowohl Fehldosierungen als auch das Ausrichten des Alltags an den Zeiten der Medikamenteneinnahme oder entfielen.

Doch nicht nur hinsichtlich neuer Implantate wird den Materialeigenschaften besondere Aufmerksamkeit geschenkt, sondern auch in Bezug auf die Herstellung von Instrumenten. Hierbei kommen antimagnetische Materialien wie Titan, Platin oder Keramik sowie ihre Legierungen zum Einsatz. Weitere wichtige Werkstoffe bilden Kunststoffe, Aluminium, Glas, Kohlefasern und Verbundwerkstoffe. Auch für ihre Verwendung in medizinisch-technischen Geräten müssen Materialien besondere Auflagen erfüllen: Beispielsweise dürfen solche, die von Magneten angezogen werden bzw. *ferromagnetische* Eigenschaften besitzen, nicht in Kernspintomographen verwendet werden, da sie

²⁸⁶ GRÖNEMEYER, DIETRICH H. W. (2001): *Med. in Deutschland. Standort mit Zukunft*. Berlin. S. 272.

²⁸⁷ Vgl. HILBERT, JOSEF/FRETSCHNER, RAINER/DÜLBERG, ALEXANDRA (2002): *Rahmenbedingungen und Herausforderungen der Gesundheitswirtschaft*. Gelsenkirchen. S. 34/35. Ferner: FABIAN, FRANK (2002): *Märkte im Fokus. Medizintechnik – ein Markt mit Wachstumsperspektiven*. IKB Report Medizintechnik. Düsseldorf. Im Internet unter: <[Link](#)>. Letztes Update: Unbekannt. S. 16.

neben einer Ablenkung des Magnetfelds eine Störung der Bildgebung zur Folge haben.

Die Fortschritte in der Materialentwicklung erlauben es, kleinste mit Sensoren ausgestattete Maschinen oder Pumpen in Miniaturgröße zu entwickeln. Deren Größe liegt mittlerweile im Nano- bis Millimeterbereich. In Duisburg ist beispielsweise der $\frac{1}{4}$ Millimeter breite und ein Millimeter lange Prototyp eines Mini-U-Boots angefertigt worden, das – so die Vorstellung der Erfinder – eines Tages durch die Blutbahnen des Patienten navigiert und Medikamente gezielt dorthin bringt, wo sie benötigt werden, ohne andere Organe aufgrund von Unverträglichkeiten zu schädigen.²⁸⁸ Zum jetzigen Zeitpunkt ist es noch zu groß dafür, allerdings schreitet die Entwicklung in der Mikrostrukturtechnik dank Verbesserungen in sowohl den Material- als auch den Fertigungseigenschaften, wie der *Stereolithographie*, rasant voran, so dass die Utopie schon bald Realität werden könnte. Bei dem genannten Verfahren werden mittels eines Lasers die im Computer entworfenen Modelle aus z.B. Kunststoff ausgeschnitten und dereinst evt. mit kleinen Fräsen, die künftig Kalkablagerungen in Gefäßen abtragen können, oder kleinsten Sensoren und Kameras, die Blutwerte messen oder bei Magen-Darm-Spiegelungen eingesetzt werden, bestückt. Ein kleiner Sensor könnte auf diese Weise beispielsweise den Augeninnendruck messen, der bei diversen Krankheiten ansteigt und die Netzhaut zu zerdrücken droht, und je nach Bedarf eine bestimmte Menge den Druck senkender Medikamente freigeben.

²⁸⁸ GRÖNEMEYER, DIETRICH H. W. (2001): *Med. in Deutschland. Standort mit Zukunft*. Berlin. S. 274.

4.2 Wachstumshemmende Faktoren für die Gesundheitswirtschaft

4.2.1 Droht der Gesundheitswirtschaft durch quantitativen und qualitativen Fachkräftemangel das vorzeitige Aus?

4.2.1.1 Das ungünstige Zusammenwirken der demografisch bedingten Alterung und Abnahme des Erwerbspersonenpotentials mit den unbefriedigenden Arbeitsbedingungen in der Pflege

Wie in *Abschnitt 4.1.2* dargelegt wurde, führen die stärkere Beteiligung der Frau am Erwerbsleben und der generelle Wandel der Familien- und Lebensformen zu einem Ansteigen des Bedarfs nach sozialen personenbezogenen Diensten. Die sich aus dem demografischen Wandel ergebenden angenommenen Folgen bezüglich der Alterung unserer Gesellschaft, wie die Notwendigkeit einer stärkeren Betreuung und Pflege der „älteren Alten“ und Hochbetagten, können daher nicht von den Angehörigen und deren – soweit vorhandenen – Familien allein aufgefangen werden. Hiervon dürften die professionellen Pflegedienste im besonderen Maß profitieren.

Während der demografische Wandel einerseits zu einem Anstieg der Nachfrage führt, birgt er andererseits zur selben Zeit ein Problem in sich, denn er ist es auch, der bewirken könnte, dass dieser Nachfrage nicht ausreichend nachgekommen werden kann, indem er zu einer *Verknappung* der in Frage kommenden Erwerbspersonen führt. Das statistische Bundesamt hat ermittelt, dass die Zahl der mittleren Erwerbspersonengruppe der 35 bis 49jährigen bis zum Jahr 2050 von 20 Millionen um ca. 31 % auf 14 Millionen abnehme und die der 20 bis 34jährigen von 16 Millionen im Jahr 2001 um 24 % auf 12 Millionen im Jahr 2050 sinke, während die Gruppe der 50 bis 64jährigen nur etwa um 400.000 bzw. 3 % schrumpfe.²⁸⁹ Der Pool der zu Verfügung stehenden Erwerbspersonen wird demnach insgesamt kleiner und durch einen hohen Anteil älterer Arbeitnehmer gekennzeichnet sein.²⁹⁰ Zudem wird sich die Zahl der potenziellen Auszubildenden in der Altersgruppe der unter 20jährigen wie in *Tabelle 9* gezeigt für die Gesundheitswirtschaft allmählich verringern.²⁹¹ Während der Blick in die Zukunft allein schon quanti-

²⁸⁹ STATISTISCHES BUNDESAMT (Hg.) (2003): *Bevölkerung Deutschlands bis 2050 – Ergebnisse der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung*. Wiesbaden. S. 7;35.

²⁹⁰ Einschränkend muss erwähnt werden, dass die Zahl der *Erwerbsfähigen* nicht mit der Zahl der *Erwerbstätigen* gleichzusetzen ist.

²⁹¹ Kleinhenz warnt, das Potential ungenutzt zu lassen: „Die Alterskohorte der 15-20-Jährigen, die *gegenwärtig* eine steigende Nachfrage nach Ausbildungsplätzen bedingen und ein Anwachsen der Studentenzahlen in den kommenden Jahren mit verursachen werden, stellen bei erfolgreicher Qualifikation und Integration in das Beschäftigungssystem eine quantitativ erhebliche (*vorerst*) „historisch letzte“ Chance dar, durch erfolgreiche Ausbildung und durch Aus-

tativ im Hinblick auf das Bewerberangebot düstere Aussichten prophezeit, kann man bereits aktuell eine Zuspitzung der Lage beobachten. EVANS et al. haben ermittelt, dass neben der *fehlenden Qualifikation* der Bewerber/innen, die in 64 % der Fälle zu einer Absage geführt haben, das zweitgrößte Problem mit 47 % in einem *unzureichenden Bewerberangebot* begründet liegt. Derzeit sollen in Deutschland Schätzungen zufolge ca. 40.000 offene Stellen in der Pflege ca. 18.000 arbeitslos gemeldeten Pflegekräften gegenüberstehen.²⁹² Wenn man die von EVANS et al. in *Tabelle 10* zusammengestellten Schülerbestände in NRW betrachtet, offenbart sich ein massiver Rückgang der Auszubildenden in den Berufen des Gesundheitssystems, denen bezüglich der Nachfrage eine „goldene“ Zukunft verheißen worden ist: Die Zahl der Schüler/innen, die sich für den Beruf der Krankenschwester bzw. -pflegers entschieden haben, ist demzufolge von 17.450 um 19 % auf 14.135, die der Altenpfleger/innen von 13.109 um 8,2 % auf 12.028 zurück gegangen.²⁹³

schöpfung des Erwerbspersonenpotentials dieser Jahrgänge ein gut qualifiziertes Humanvermögen zu entwickeln, das noch eine lange Nutzungsdauer vor sich hat.“ KLEINHENZ, GERHARD (2004): „Bevölkerung und Wachstum. Die Bevölkerungsentwicklung in Deutschland als Herausforderung für Wirtschafts- und Sozialpolitik.“ In: *Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik*. Heft 1-2/2004. S. 85. Hervorhebungen von mir.

²⁹² BANDEMER, STEPHAN VON/EVANS, MICHAELA/HILBERT, JOSEF (2004): „Gesundheitswirtschaft: Die große Hoffnung auf des Messers Schneide?“ In: INSTITUT ARBEIT UND TECHNIK (Hg.): *Jahrbuch 2003/2004*. Gelsenkirchen. S. 8.

²⁹³ Hilbert et al. haben ebenfalls für die Berufsgruppe der Ärzte, obwohl die Zahl der Medizinstudierenden in den letzten Jahren konstant geblieben ist, eine rückläufige Tendenz bezüglich der tatsächlichen Ausübung festgestellt: 20 % eines Studienjahrgangs brechen ab; zw. 1994 und 2000 ist die Zahl der AIP um 25 % und die Zahl der Approbationen um 22 % zurück gegangen; die Zahl der Facharztanerkennungen ist ebenfalls rückläufig. Vgl. HILBERT, JOSEF/FRETSCHNER, RAINER/DÜLBERG, ALEXANDRA (2002): *Rahmenbedingungen und Herausforderungen der Gesundheitswirtschaft*. Gelsenkirchen. S. 42/43.

Tabelle 10: Schülerbestand in ausgewählten Berufen des Gesundheitswesens in NRW (1995 und 2002) Quelle: Ministerium für Gesundheit, Frauen und Familie des Landes NRW²⁹⁴

	1995	2002	Veränderung gegenüber 1995 in %
Auszubildende in ausgewählten Gesundheitsberufen an Schulen des Gesundheitswesens			
Krankenpfleger/schwester	17.450	14.135	-19,0 %
Altenpfleger/in	13.109	12.028	- 8,2 %
Logopäde/in	280	777	177,5 %
Ergotherapeut/in	1.236	1.951	57,8 %
Physiotherapeut/in	2.613	3.820	46,2 %
Auszubildende in ausgewählten Gesundheitsberufen des dualen Systems (nach Ausbildungsbereichen)			
Arzthelfer/in (FB)	13.888	11.427	- 17,7 %
Augenoptiker/in (HW)	1.316	1.394	5,9 %
Pharmazeutisch-kaufm. Angestellter/Angestellte (FB)	1.739	2.059	18,4 %
Orthopädieschuhmacher/in (HW)	203	285	40,4 %

Diese Entwicklung könnte man zum einen auf die allmählich einsetzende Abnahme der Alterskohorte der unter 20jährigen zurückführen²⁹⁵, dagegen spricht aber der Anstieg der Auszubildenden in den medizinisch-therapeutischen Berufszweigen. Die Gründe hierfür sind vielmehr in den *Arbeitsbedingungen* der pflegerischen Berufe zu suchen, die durch eine überproportionale *physische und psychische Arbeitsbelastung* gekennzeichnet sind, die den Beruf langfristig unattraktiv erscheinen lassen. Obwohl die in der Pflege tätigen Personen sich sehr mit ihrem Beruf identifizieren und daher hohes Engagement bei der Erfüllung ihrer Aufgaben an den Tag legen, werden sie von mentalen (Stress durch Zeitdruck²⁹⁶, geringe Aufstiegs- und Entfaltungsmöglichkeiten) und körperlichen Anstrengungen (Heben und Umbetten von Pflegepersonen, Überstunden etc.) ausgezehrt. Diese Mehrbelastung wird finanziell nicht kompensiert, im Gegenteil: Ihr Verdienst liegt im Durch-

²⁹⁴ Darstellung und Quelle nach: BANDEMER, STEPHAN VON/EVANS, MICHAELA/HILBERT, JOSEF (2004): „Gesundheitswirtschaft: Die große Hoffnung auf des Messers Schneide?“ In: INSTITUT ARBEIT UND TECHNIK (Hg.): *Jahrbuch 2003/2004*. Gelsenkirchen. S. 8.

²⁹⁵ HILBERT, JOSEF/EVANS, MICHAELA (2003): *Die Auswirkungen institutioneller Rahmenbedingungen auf den individuellen und betrieblichen Qualifizierungsbedarf am Beispiel der Gesundheitswirtschaft. Eine Expertise im Auftrag der Expertenkommission „Finanzierung Lebenslangen Lernens“*. Gelsenkirchen. Im Internet unter: <Link>. S.11.

²⁹⁶ Laut Bandemer und Hilbert fühlen sich 67 % der Ärzte und 62 % der Pflegekräfte als überwiegend von Zeitdruck gehetzt. Vgl. BANDEMER, STEPHAN VON, HILBERT, JOSEF (2003): „Moderne Arbeit in Medizin und Pflege.“ In: INSTITUT ARBEIT UND TECHNIK (Hg.): *Jahrbuch 2002/2003*. Gelsenkirchen. S. 121.

schnitt tiefer als in vergleichbaren Facharbeiterberufen.²⁹⁷ Als frustrierend wird ferner der fachfremde Arbeitseinsatz empfunden, womit der wesentliche Motivationsgrund – die soziale (helfende) Arbeit mit und am Menschen – getilgt wird. Die Gelegenheit zum eigenverantwortlichen, selbst bestimmten Arbeiten scheitert oftmals an den hierarchischen Organisationsstrukturen, die auf die Trennung von Medizin, Pflege und Verwaltung ausgelegt sind. HILBERT und BANDEMER ermittelten in einer Krankenhausbefragung, dass 50 % der Ärzte und 37 % der Pflegekräfte wichtige Patienteninformationen fehlten. Außerdem hapere es an der Koordination der pflegerischen und medizinischen Tätigkeiten, was sich daran zeige, dass 69 % der Ärzte und 58 % der Pflegekräfte hier Verbesserungsbedarf sähen.²⁹⁸ Obwohl beide Gruppen z.B. im Operationssaal aufeinander angewiesen sind, käme es nicht selten vor, dass ihre Dienstpläne nicht aufeinander abgestimmt seien. Es ist aufgrund aller genannten Faktoren nicht verwunderlich, dass sich viele Krankenschwester/innen bei der Verrichtung von (fachfremden) administrativen Tätigkeiten, Dokumentationsaufgaben, Essensausgaben und Warenbestellungen ihre Berufswahl noch einmal gründlich zu überdenken scheinen. Aufgrund der unflexiblen Arbeitszeiten (Schicht- und Wochenenddienste), die sich nur schwer in den Lebensablauf – besonders parallel zu einer Familie – integrieren lassen, steigt die Mehrzahl der in der Pflege Beschäftigten – nach überdurchschnittlich hohen Fehlzeiten und Fluktuationen – schließlich nach ca. drei bis sieben Jahren vollständig aus dem Beruf aus.²⁹⁹ Laut der NEXT-Studie (*Nurses early exit study*) der Universität Wuppertal erwägen zurzeit 19,1 % der im Krankenhaus, 15,6 % der in Pflegeheimen sowie 17,6 % der in den ambulanten Pflegediensten Beschäftigten „oft“ den Berufsausstieg, wobei unter ihnen die Zahl der examinierten Pflegekräfte am höchsten ist.³⁰⁰ Mit

²⁹⁷ HILBERT, JOSEF/EVANS, MICHAELA (2003): *Die Auswirkungen institutioneller Rahmenbedingungen auf den individuellen und betrieblichen Qualifizierungsbedarf am Beispiel der Gesundheitswirtschaft. Eine Expertise im Auftrag der Expertenkommission „Finanzierung Lebenslangen Lernens“*. Gelsenkirchen. Im Internet unter: <[Link](#)>. S.11.

²⁹⁸ BANDEMER, STEPHAN VON, HILBERT, JOSEF (2003): „Moderne Arbeit in Medizin und Pflege.“ In: INSTITUT ARBEIT UND TECHNIK (Hg.): *Jahrbuch 2002/2003*. Gelsenkirchen. S. 123.

²⁹⁹ FORSCHUNGSGESELLSCHAFT FÜR GERONTOLOGIE (Hg.) (2003) *Stationäre Altenpflege. Personalstrukturen, Arbeitsbedingungen, Arbeitszufriedenheit in der stationären Altenpflege. Abschlussbericht im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen*. Dortmund. Im Internet unter: <[Link](#)>. S. 21/22. Ferner: BANDEMER, STEPHAN VON/EVANS, MICHAELA/HILBERT, JOSEF (2004): „Gesundheitswirtschaft: Die große Hoffnung auf des Messers Schneide?“ In: INSTITUT ARBEIT UND TECHNIK (Hg.): *Jahrbuch 2003/2004*. Gelsenkirchen. S. 10.

³⁰⁰ HASSELHORN, HANS-MARTIN/MÜLLER, BERND HANS (2004): *Gesundheitswirtschaft als Jobmotor? Ergebnisse der Europäischen NEXT-Studie*. Präsentation vom 16.09.04. Wuppertal. Im Internet unter: <[Link](#)>. Letztes Update: Unbekannt. Folie 24/25.

Blick auf *Tabelle 11* kann man in diesem Vorgehen bildlich gesprochen das Ziehen der Reißleine erkennen. Oder zynisch formuliert: Wenn es nicht gelingt, die Rahmenbedingungen in den pflegerischen Berufen zu verbessern, nutzen die in der Pflege tätigen Personen der Gesundheitswirtschaft bzw. dem Kernsektor langfristig in der Weise, indem sie selbst zu Patienten werden.

Tabelle 11: Der Pflegeberuf aus Sicht des *Anforderungs-Kontroll-Modells* und des *Modells beruflicher Gratifikationskrisen* (Eigene Darstellung).³⁰¹

		Gute Arbeitsbedingungen (salutogen)	Schlechte Arbeitsbedingungen (pathogen)
Anforderungs-Kontroll-Modell	Anforderungs-Kontroll-Modell	Das Tätigkeitsprofil sollte: <ul style="list-style-type: none"> Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten bieten Mit Kontroll- und Einflusschancen am Arbeitsplatz verbunden sein 	Das Tätigkeitsprofil darf nicht: <ul style="list-style-type: none"> Quantitativ hohe Anforderungen (besonders unter Zeitdruck) stellen und <i>gleichzeitig</i> nur einen niedrigen Kontroll- und Entscheidungsspielraum zu Verfügung stellen
	Modell beruflicher Gratifikationskrisen	Das Tätigkeitsprofil sollte: <ul style="list-style-type: none"> Gratifikationen in Form von Geld, Achtung und beruflicher Statuskontrolle bieten 	Das Tätigkeitsprofil darf nicht: <ul style="list-style-type: none"> zu hohe extrinsische Verausgabung fordern (Anforderungen, Verpflichtungen) Für hohe Verausgabung eine niedrige Gratifikation erteilen Der Arbeitnehmer darf nicht: <ul style="list-style-type: none"> zu hohe intrinsische Anforderungen an sich stellen (Selbstzweifel, übertriebener Ehrgeiz, Versagensängste etc.)
	Pflegeberufe	<ul style="list-style-type: none"> Identifikation mit dem Beruf, dadurch hohe Motivation Evt. Möglichkeiten zur Fort- und Weiterbildung im Betrieb Eigenverantwortlicher Umgang mit den Patienten 	<ul style="list-style-type: none"> Hohe physische und psychische Belastungen unter Zeitdruck Aufgrund der hohen intrinsischen Motivation großes Frustpotential Fachfremde Anforderungen (an die 30 %) Vergleichsweise schlechte Vergütung Eigenverantwortliches und selbst bestimmtes Arbeiten scheitert an „Versäulung“ von Medizin, Pflege und Verwaltung Geringe Karrierechancen Unflexible Arbeitszeiten Schlechte Vereinbarkeit mit der Familie
≈		≈ subjektive Zufriedenheit mit dem Beruf wg. gesundem Arbeitsklima	≈ chronischer „Distress“ und objektive (stressbedingte) Gesundheitsgefährdung Burn-Out-Syndrom

Begutachtet man die Pflegeberufe aus der Sicht des *Anforderungs-Kontroll-Modells* und dem stresstheoretischen *Interaktionsmodell beruflicher Gratifikationskrisen*, welches das Gleichgewicht von beruflicher Verausgabung und

³⁰¹ SIEGRIST, JOHANNES/LEIMKÜHLER-MÖLLER, MARIA (1998): „Gesellschaftliche Einflüsse auf Gesundheit und Krankheit.“ In: SCHWARTZ, FRIEDRICH W./BADURA, BERNHARD/BUSSE, REINHARD (Hg.): *Das Public Health Buch: Gesundheit und Gesundheitswesen*. München, Wien, Baltimore. S.98/99.

Belohnung untersucht, schneidet der aus der subjektiven Sicht der Mitarbeiter als überdurchschnittlich belastend empfundene Beruf auch „objektiv“ schlecht ab: Es scheint, als ob der Pflegeberuf bei der Ermittlung der pathogenen Faktoren Pate gestanden habe.

Die Verbesserungen der Pflegeberufe müssen an den in der Tabelle aufgezählten Punkten ansetzen und Gratifikationen in Form von *höheren Löhnen*, größerer *Autonomie* bei Entscheidungen und möglichen *Statusverbesserungen* durch Fortbildungen und Beförderungen bieten. Wie wichtig die Statuswahrnehmung ist, zeigt die überaus hohe Sensibilität der Mitarbeiter für Rückmeldungen und Anerkennung von ihren Vorgesetzten³⁰², welche sich positiv auf die Arbeitszufriedenheit auswirken. Neue Arbeitszeitregelungen können – speziell für ältere Arbeitnehmer – helfen, den Stress herab- und so die Arbeitszufriedenheit heraufzusetzen, da zwischen beiden eine enge Korrelation besteht.³⁰³ Von den fachfremden Leistungen verbraucht die Dokumentation die meiste Zeit, welche dann wieder bei der Erbringung von höher qualifizierten Tätigkeiten fehlt. Denkbar wäre hier die Einführung von Dokumentationsassistenten, die gleichzeitig für eine Standardisierung und Vereinheitlichung von Abläufen Sorge tragen könnten.³⁰⁴ Auch haben Studien gezeigt, dass die stärkere Miteinbeziehung der Pflegenden in Entscheidungsprozesse deren Arbeitszufriedenheit verbessert, daher ist der Ausbau partizipierender Managementstile voranzutreiben.³⁰⁵ Die Umsetzung all dessen würde zwar Umstrukturierungen im Krankenhaus- und Pflegesektor erforderlich machen, von denen am Ende aber alle Beteiligten langfristig profitieren dürften.

Die unbefriedigenden Arbeitsbedingungen in der Pflege üben an sich schon einen wachstumshemmenden Einfluss aus, der mit den Folgen der demogra-

³⁰² FORSCHUNGSGESELLSCHAFT FÜR GERONTOLOGIE (Hg.) (2004) *Stationäre Altenpflege. Personalstrukturen, Arbeitsbedingungen, Arbeitszufriedenheit in der stationären Altenpflege. Abschlussbericht im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen*. Dortmund. Im Internet unter: <[Link](#)>. S. 75.

³⁰³ „Nach einer Studie von Kempe et al. [...], in der die Besonderheiten burnoutgefährdeter Altenpflegekräfte untersucht wurden, sind neben Personalmangel und *ständigem Zeitdruck* die wechselnden Arbeitszeiten und die vielen zu leistenden Überstunden die entscheidendsten Ursachen für die Entstehung von Burnout in der Altenpflege. *Hier zeigte sich auch, dass es speziell die älteren Altenpflegekräfte sind, die auf Grund der steigenden physischen und psychischen Belastungen geneigt sind, ihre Tätigkeitsdauer zu begrenzen.*“ Ebd. S. 77. Hervorhebung von mir.

³⁰⁴ BANDEMER, STEPHAN VON, HILBERT, JOSEF (2003): „Moderne Arbeit in Medizin und Pflege.“ In: INSTITUT ARBEIT UND TECHNIK (Hg.): *Jahrbuch 2002/2003*. Gelsenkirchen. S. 126.

³⁰⁵ Vgl. FORSCHUNGSGESELLSCHAFT FÜR GERONTOLOGIE (Hg.) (2004) *Stationäre Altenpflege. Personalstrukturen, Arbeitsbedingungen, Arbeitszufriedenheit in der stationären Altenpflege. Abschlussbericht im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen*. Dortmund. Im Internet unter: <[Link](#)>. S. 75.

fisch bedingten Alterung und Abnahme der Erwerbspersonen³⁰⁶ ungünstig kumuliert und das erwartete Wachstum in der Gesundheitswirtschaft massiv gefährden könnte. Die Wahrscheinlichkeit eines solchen Szenarios hat HARTMANN anhand der Entwicklung in den Niederlanden belegen können.³⁰⁷ Wie in *Kapitel 3.2* beschrieben wandern die Arbeitskräfte bei schlechter Konjunkturlage und einer infolgedessen angespannten Situation auf dem Arbeitsmarkt sobald die Konjunktur anzieht sofort in lukrativere Bereiche ab. Zu den Folgen zählen ein massiver Personalmangel, die Bildung von Wartelisten in Krankenhäusern, die den Bedarf nicht decken können, und der Zwang zu Anwerbungskampagnen im Ausland. Sollte sich die Situation auf dem Arbeitsmarkt in Deutschland entspannen – sei es aufgrund einer erfolgreichen Arbeitsmarktpolitik oder indem man den Abbau der Überkapazität an Arbeitskräften dem demografischen Wandel überlässt – dürften die Arbeitnehmer es sich wieder leisten können, bezüglich ihres Arbeitsplatzes wählerisch zu sein. Lediglich die gering Qualifizierten müssten in der Pflege ausharren, wodurch deren Berufswahl einer Notlösung gleichkommt.³⁰⁸ Vor diesem Hintergrund hat die Diskussion bereits darüber begonnen, ob es neben der Humanisierung der Arbeit Sinn mache, *Green-Cards* für Pflegekräfte aus dem Ausland einzuführen.³⁰⁹ Es stimmt allerdings bedenklich, dass man anstatt einer Lösung der Probleme vor Ort lieber auf Personal aus dem Ausland zurückgreift, für das weiterhin dieselben Arbeitsbedingungen gelten sollen.

4.2.1.2 Qualifizierungsdefizite aufgrund von Kompetenzmängeln und eines zerklüfteten Weiterbildungssektors

Die geschilderte Entwicklung mutet paradox an: Einerseits zeigt das in *Kapitel 3.1* gewählte Beispiel des medizinischen Präventions- und Wellnesstrainers, wie im Zuge der Hypostasierung des Gesundheitscodes neue innovative

³⁰⁶ „Selbst enorm hohe Zuwanderungsüberschüsse würden die Minderung des Erwerbspersonenpotentials nur noch vorübergehend überkompensieren, ab 2020 schlägt der Rückgang der deutschen Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter auf das Erwerbspersonenpotential durch.“ KLEINHENZ, GERHARD (2004): „Bevölkerung und Wachstum. Die Bevölkerungsentwicklung in Deutschland als Herausforderung für Wirtschafts- und Sozialpolitik.“ In: *Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik*. Heft 1-2/2004. S. 81.

³⁰⁷ HARTMANN, ANJA K. (2002): *Zwischen Differenzierung und Integration. Die Entwicklung des Gesundheitssystems in den Niederlanden und in der Bundesrepublik*. Opladen. S. 234/235.

³⁰⁸ Was das bedeuten kann, macht das Zitat einer Pflegekraft deutlich, welches in einer vorläufigen Ergebnispräsentation der NEXT-Studie angeführt worden ist: „Die Vorstellung, im Pflegedienst bis ins Rentenalter zu arbeiten, weil ich ja nichts anderes gelernt habe, macht mir Angst.“ HASSELHORN, HANS-MARTIN/MÜLLER, BERND HANS (2004): *Gesundheitswirtschaft als Jobmotor? Ergebnisse der Europäischen NEXT-Studie*. Präsentation vom 16.09.04. Wuppertal. Im Internet unter: <[Link](#)>. Letztes Update: Unbekannt. Folie 33. Hervorhebung von mir.

³⁰⁹ Vgl. HILBERT, JOSEF/FRETSCHNER, RAINER/DÜLBERG, ALEXANDRA (2002): *Rahmenbedingungen und Herausforderungen der Gesundheitswirtschaft*. Gelsenkirchen. S. 21;47.

(Dienstleistungs)Berufe entstehen, andererseits haben die „klassischen“ Gesundheitsberufe einen Fachkräftemangel zu beklagen. Offensichtlich können sich die bereits höher qualifizierten Berufe – nicht zuletzt dank ihres zuvor erworbenen Expertenwissens – besser auf die gestiegene Nachfrage nach Wellness und ganzheitlicher Gesundheit einstellen, wohingegen es den geringer qualifizierten Beschäftigten überlassen bleibt, die unattraktiveren Nischen zu besetzen. Dabei bildet die Qualifikation das wichtigste Einstellungskriterium bzw. deren Mangel mit 64 % den gravierendsten Absagegrund. Neben der impliziten Aufforderung zur Qualifizierung der Beschäftigten in der Gesundheitswirtschaft ist diese Zahl auch ein Anzeichen für die generell gestiegenen Anforderungen innerhalb der Gesundheitsberufe, die beispielsweise der medizinisch-technische Fortschritt bezüglich der *Medienkompetenz* verlangt. Die zukünftige Verbreitung der Telemedizin droht ins Leere zu laufen, wenn ihr innerhalb der Ausbildung sowohl der akademischen als auch nicht-akademischen Gesundheitsberufe nicht mehr Würdigung widerfährt³¹⁰:

Durch Telemedizin wird die Form der Qualifikation für medizinische Berufe deutlich verändert werden. Medienkompetenz wird durch Telematik in nahezu allen Bereichen medizinischer Versorgung *Voraussetzung*. Hochqualifizierte Arbeitsplätze werden entstehen, niederqualifizierte abgebaut. Das betrifft sowohl die medizinischen Berufe als auch die Telekommunikations- und Informationsindustrie sowie die administrativen Arbeitsplätze im Gesundheitswesen.³¹¹

Das Beispiel der Telemedizin illustriert auch, wie sich zu den hergebrachten fachspezifischen Qualifikationen immer mehr fächerübergreifende Qualifikationen gesellen, wobei die durch den medizinisch-technischen und gesundheitswissenschaftlichen Fortschritt beschleunigten Innovationszyklen das bereits bestehende Wissen schneller entwerten. Die Folge ist eine zunehmende Inkongruenz zwischen der Ausbildung einerseits und den tatsächlichen Anforderungen im Berufsleben andererseits. GRÖNEMEYER stimmt zwar mit LAUTERBACH und LINDLAR in der Forderung überein, die jungen Mediziner soweit in ihrer Medienkompetenz zu schulen, dass sie die Befähigung zur kritischen Auswahl und Bewertung neuer Technologien erlangten. Er weist jedoch die

³¹⁰ „So beinhalten weder das Medizinstudium noch die Krankenpflegeausbildung das Erlernen des Umgangs mit Computer oder gar Internet. Der Umgang mit spezialisierter Software für die Gewinnung und Verwertung telemedizinischer Daten wird durch kein Primär- oder Zusatzstudium für Angehörige der Medizinberufe angeboten. Es fehlt bereits heute an geeigneten Mitarbeitern, die freien Positionen zu besetzen.“ LAUTERBACH, KARL/LINDLAR, MARKUS (1999): *Informationstechnologien im Gesundheitswesen. Telemedizin im Gesundheitswesen*. Bonn. Gutachten Friedrich-Ebert-Stiftung. Im Internet unter: <[Link](#)>. Letztes Update: Unbekannt. S. 27.

³¹¹ Ebd. S. 26.

implizite Forderung zurück, die angehenden Ärzte mit allen hoch spezialisierten technologischen Neuerungen vertraut zu machen, da sich deren Möglichkeiten zukünftig potenzierten.³¹² Für ihn müsse eher der Kanon der wissenschaftlichen und fachdisziplinären medizinischen Ausbildung um das betriebs- und volkswirtschaftliche Wissen über die Folgen ärztlichen Handelns erweitert werden, um z.B. Ärzte für Fragen des ökonomischen Grenznutzens zu sensibilisieren.³¹³

Die fehlende Steuerung der Fort- und Weiterbildung wirkt sich zusätzlich wachstumshemmend auf die Gesundheitswirtschaft aus, da die Anbieter jeweils eigene Qualifizierungsmaßnahmen entwickelt haben, die in den meisten Fällen nur schwer auf andere Einrichtungen und Betriebe übertragbar sind. Anstatt eines zusammenhängenden und aufeinander abgestimmten Systems der Aus- und Weiterbildung entsteht so eine zerklüftete, unüberschaubare Landschaft von Vorgehensweisen.³¹⁴ Die Personalentwicklung im Pflegebereich ist auf diese Weise eng an die Möglichkeiten und Grenzen des Betriebs geknüpft, zumal ohne die Erlangung einer Hoch- bzw. Fachoberschulreife kein Aufbaustudium in diesem Bereich möglich ist.³¹⁵ Hinsichtlich der von den Pflegekräften als unzumutbar empfundenen Arbeitsbedingungen erscheint es unverständlich, warum man gerade denen eine Mitarbeit an den Lösungen ihrer eigenen Lage verwehrt, die über das notwendige Wissen um die Probleme und Hintergründe verfügen. Die dortige Vermittlung von Managementkompetenzen im Pflegesektor würde die Beschäftigten dazu befähigen, ihr Umfeld eigenverantwortlich und selbst aktiv zu gestalten, womit zwei wesentliche Bedingungen zur Verbesserung der Arbeitszufriedenheit erfüllt wären.³¹⁶ Außerdem können zur Weiterbildung genutzte „Auszeiten“ die Verweildauer im Beruf insgesamt erhöhen. Um Transaktionskosten zu sparen, bietet es sich daher an, den Weiterbildungssektor für sowohl die akademischen als auch nichtakademischen Gesundheitsberufe zu vereinheitlichen und gemeinsame Programme für die unterschiedlichen Anforderungsprofile der Einrich-

³¹² GRÖNEMEYER, DIETRICH H. W. (2001): *Med. in Deutschland. Standort mit Zukunft*. Berlin. S. 360.

³¹³ Ebd. S. 357.

³¹⁴ HILBERT, JOSEF/EVANS, MICHAELA (2003): *Die Auswirkungen institutioneller Rahmenbedingungen auf den individuellen und betrieblichen Qualifizierungsbedarf am Beispiel der Gesundheitswirtschaft. Eine Expertise im Auftrag der Expertenkommission „Finanzierung lebenslangen Lernens“*. Gelsenkirchen. Im Internet unter: <[Link](#)>. S. 58.

³¹⁵ Vgl. Ebd. S. 58/59.

³¹⁶ Vgl. BANDEMER, STEPHAN VON/EVANS, MICHAELA/HILBERT, JOSEF (2004): „Gesundheitswirtschaft: Die große Hoffnung auf des Messers Schneide?“ In: INSTITUT ARBEIT UND TECHNIK (Hg.): *Jahrbuch 2003/2004*. Gelsenkirchen. S. 14.

tungen zu entwickeln. Auf diese Weise können die zusammengetragenen *best practise* Ansätze für alle Beteiligten Synergieeffekte freisetzen. Bevorstehende Herausforderungen, wie z.B. die Pflegebedürftigkeit der vor Jahrzehnten im Ausland angeworbenen und längst heimisch gewordenen so genannten ehemaligen „Gastarbeiter“, lassen sich zudem nicht individuell lösen, sondern bedürfen einer gemeinsamen Strategie zum Erwerb der notwendigen kulturellen Kompetenzen.³¹⁷

4.2.2 Die Gesundheitswirtschaft als Beschäftigungslokomotive?

4.2.2.1 Bedeutet Altsein gleich Kranksein? – Die Kompressionsthese

Während die Vertreter der Medikalisierungsthese, wie in *Abschnitt 4.1.3* geschildert, von kontinuierlichen Nachfragesteigerungen im Laufe der Alterung der Gesellschaft in Bezug auf Pflege und Betreuung ausgehen, argumentieren die Verfechter der *Kompressionsthese* dagegen, dass Altsein nicht zwangsläufig mit Kranksein gleichzusetzen sei.³¹⁸ Sie gehen davon aus, dass die ältere Generation, die durch den medizinisch-technischen und gesundheitswissenschaftlichen Fortschritt dazu gewonnenen Lebensjahre auch dank ihm in befriedigender Gesundheit verbrachten. Das Morbiditätsrisiko wandere zunehmend an das Ende der natürlichen Lebensspanne, wo sich die über die Jahre hinausgeschobenen tödlichen Krankheiten gehäuft manifestierten, was wiederum auch eine Einsparung von Kosten durch z.B. (teil)stationäre oder ambulante Pflege etc. bedeute, wie in *Abbildung 10* grafisch dargelegt. HART-

³¹⁷ Zu diesen gehören z.B. das Wissen um Sitten, Sprache, Religion etc. Vgl. BEYER, LOTHAR [ET AL.] (2002): „Soziodemographischer Wandel: Triebkraft für die Entwicklung neuer Dienstleistungen.“ In: BOSCH, GERARD [ET AL.] (Hg.): *Die Zukunft von Dienstleistungen. Ihre Auswirkungen auf Arbeit, Umwelt und Lebensqualität*. Frankfurt a. M./New York. S. 144.

³¹⁸ Vgl. FRIES, JAMES F./GREEN, L. W./LEVINE, S. (1989): *Health Promotion and the compression of morbidity*. Lancet I. S. 481-483. Zitiert nach: SCHWARTZ, FRIEDRICH W./WALTER, ULLA (1998): „Altsein – Kranksein?“ In: SCHWARTZ, FRIEDRICH W./BADURA, BERNHARD/BUSSE, REINHARD (Hg.): *Das Public Health Buch: Gesundheit und Gesundheitswesen*. München, Wien, Baltimore. S. 133.

„Fries hält dem eine Verbesserungshypothese entgegen [...]: Falls parallel zur steigenden Lebenserwartungskurve auch das Lebensalter anstiege, in dem die Menschen ihre chronischen Krankheiten und Behinderungen erwerben, könnte die Zahl der Lebensjahre mit chronischen Erkrankungen zumindest konstant bleiben oder abnehmen (compression of morbidity). Dies könne umso mehr der Fall sein, je wirkungsvoller die chronisch Kranken versorgt werden. Bereits heute wäre es möglich, die mit chronischen Krankheiten einhergehenden Komplikationen und Behinderungen sowie die Komorbidität deutlich zu senken und die durchschnittliche Gesundheit der Bevölkerung selbst bei gleichzeitig steigendem Durchschnittsalter zu verbessern.“ KÜHN, HAGEN (2004): „Demographischer Wandel und demographischer Schwindel. Zur Debatte um die gesetzliche Krankenversicherung.“ In: *Blätter für deutsche und internationale Politik*. 6/2004. Im Internet unter: <[Link](#)>. Letztes Update: Unbekannt. S. 10. Zitiert nach: FRIES, JAMES F. (1990): „An introduction to the Compression of Morbidity.“ In: LEE, PHILIP R./ESTES, CARROLL L. (Hg.): *The nations Health*. Bosten et al. S. 35-41.

MANN und SCHWARTZ verweisen auf Untersuchungen, die belegen, dass die Kosten des Todes im Krankenhaus je nach Altersgruppe erheblich differieren: Im Vergleich zu den Kosten der Versorgung gleichaltriger Überlebender kostet der Tod eines 60jährigen rund 20mal mehr als der Tod eines 90jährigen.³¹⁹ KRUSE hat ebenfalls in einer Expertise für die AOK nachweisen können, dass die Ausgaben für Personen im vierten Lebensalter im Vergleich mit den mittleren Altersgruppen niedriger liegen.³²⁰ Wenn es also tatsächlich gelänge – und die erhobenen Daten aus den USA³²¹, der Schweiz³²² und Japan sprechen laut SCHWARTZ dafür – die Morbidität auf die letzten Lebensjahre zu komprimieren, entfielen ein Teil der befürchteten „Kosten“ bzw. des Mehrbeschäftigungseffekts, auf den das DIW und die gesamte Gesundheitswirtschaft aktuell setzen.³²³ Das DIW geht dennoch davon aus, dass aufgrund der Folgen des biologischen Alterns eine Kompression der Morbidität nicht zwangsläufig zu einer Verkürzung der Pflegebedürftigkeitsphase führt.³²⁴ WIESE vom Robert Koch-Institut entgegnet dem:

Der Alterungsprozess unserer Bevölkerung wird *nicht* zu einem proportionalen Anstieg der Krankheits- und Behinderungslast für das gesundheitliche Versor-

³¹⁹ Vgl. HARTMANN, ANJA K. (2002): *Zwischen Differenzierung und Integration. Die Entwicklung des Gesundheitssystems in den Niederlanden und in der Bundesrepublik*. Opladen. S. 49. Ferner: SCHWARTZ, FRIEDRICH W./WALTER, ULLA (1998): „Altsein – Kranksein?“ In: SCHWARTZ, FRIEDRICH W./BADURA, BERNHARD/BUSSE, REINHARD (Hg.): *Das Public Health Buch: Gesundheit und Gesundheitswesen*. München, Wien, Baltimore. S. 133.

³²⁰ „So werfen in der intensivmedizinischen Behandlung Patienten des mittleren und höheren Erwachsenenalters – und nicht die ganz alten Menschen mit Bezug auf die Krankenhausverweildauer – hohe Fallkosten im Kampf mit dem Tode auf.“ KRUSE, ANDREAS (ET AL.) (2003): *Kostenentwicklung im Gesundheitswesen. Verursachen ältere Menschen höhere Gesundheitskosten? Expertise. Erstellt im Auftrag der AOK Baden-Württemberg. Januar 2003*. Heidelberg. Im Internet unter: <[Link](#)>. S. 56.

³²¹ Die neueren Studien aus den USA auf Grundlage von repräsentativen Medicare-Daten erhärten nach Kühn den Zusammenhang zwischen Ausgaben, letztem Lebensjahr und Alter. Vgl. KÜHN, HAGEN (2004): „Demographischer Wandel und demographischer Schwindel. Zur Debatte um die gesetzliche Krankenversicherung.“ In: *Blätter für deutsche und internationale Politik*. 6/2004. Im Internet unter: <[Link](#)>. Letztes Update: Unbekannt. S. 10.

³²² KRUSE, ANDREAS (ET AL.) (2003): *Kostenentwicklung im Gesundheitswesen. Verursachen ältere Menschen höhere Gesundheitskosten? Expertise. Erstellt im Auftrag der AOK Baden-Württemberg. Januar 2003*. Heidelberg. Im Internet unter: <[Link](#)>. S. 25.

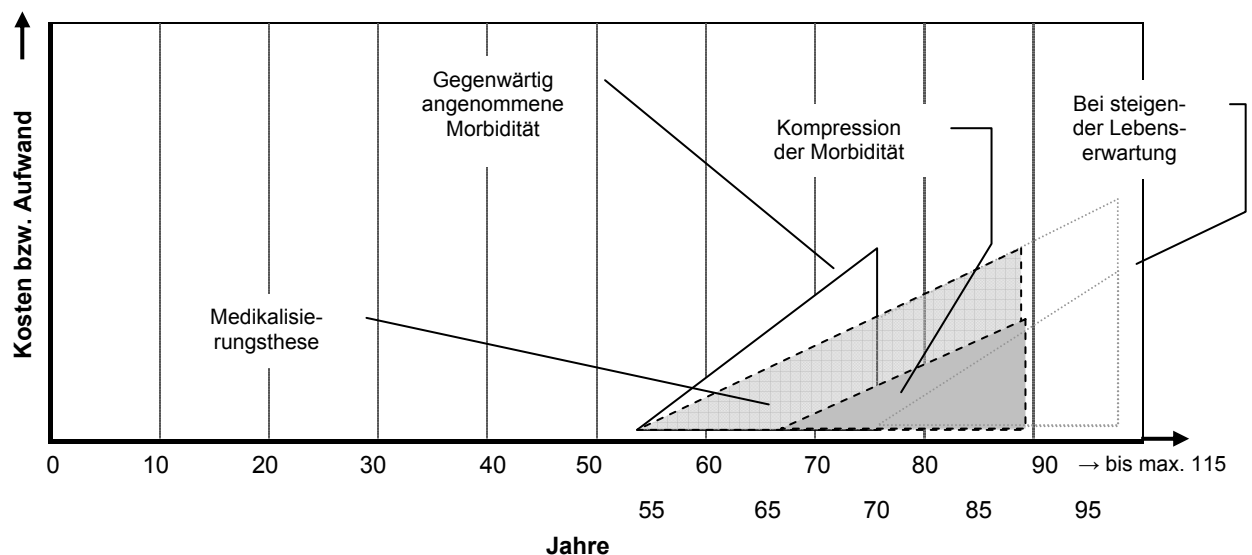
³²³ BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (Hg.) (2001): *Das Altern der Gesellschaft als globale Herausforderung – Deutsche Impulse*. Stuttgart, Berlin. S. 61.

³²⁴ Jenes geht weiterhin von einem gesteigerten Bedarf aus und bezieht sich auf die Folgen des biologischen Alterns: „Einige Studien sprechen dafür, dass mit der steigenden Lebenserwartung eine Verkürzung der Krankheitsphasen vor dem Tod stattgefunden hat. Dies könnte bedeuten, dass Pflegebedürftigkeit erst zu einem späteren Zeitpunkt eintritt. Da jedoch die Hauptursachen der Pflegebedürftigkeit nicht in einer Krankheit an sich, sondern in den altersbedingten Funktionseinschränkungen (körperlich und psychisch) zu sehen sind, und die Pflegebedürftigkeit in einem wesentlich höheren Alter merklich wird als (Akut)Erkrankungen bei alten Menschen, ist zweifelhaft, ob eine Verkürzung der Morbiditätsphase im gleichen Maße zu einer Verkürzung der Pflegebedürftigkeitsphase führt.“ SCHULZ, ERIKA, LEIDL, REINER, KÖNIG, HANS-HELMUT (2001): *Auswirkungen der demographischen Entwicklung auf die Zahl der Pflegefälle. Vorausschätzungen bis 2020 mit Ausblick auf 2050*. DIW. Diskussionspapier Nr. 240. Im Internet unter <[Link](#)>. Letztes Update: 15.05.04. S. 9/10.

gungssystem führen, er wird vor allem zu einem Gewinn an aktiven und produktiven Lebensjahren beitragen. [...] Typische so genannte „Alterskrankheiten“ stellen sich immer mehr als nicht unvermeidbar heraus. *Neueste Forschungsergebnisse schätzen, dass 70 Prozent der mit dem Alter verbundenen Vorgänge beeinflussbar sind.* Vor allem auch viele schwere körperliche und geistige Beeinträchtigungen, die auf das Alter zurückgeführt werden, sind nicht generell unvermeidbar oder unveränderlich. *Vielen in den höchsten Lebensalterstufen auftretenden Risiken, wie z.B. dem Sturzsyndrom oder Immobilisationssyndrom kann durch Verhaltens- wie auch durch Verhältnisprävention entgegengewirkt werden.*³²⁵

Wie SCHWARTZ ferner anmerkt seien laut Berechnungen des *Norddeutschen Forschungsverbunds Public Health* die durch die Zunahme der absoluten Zahl von Hochbetagten entstehenden direkten medizinischen Kosten durch die Kompression der Morbidität nahezu kompensiert.

Abbildung 10: Kostenanstieg der Medikalisierungsthese vs. Kostenanstieg der Kompressionsthese (Eigene ergänzte Darstellung in Anlehnung an Fries).³²⁶



Während sich die Vertreter der Medikalisierungsthese mittlerweile eher mit dem Problem der übersteigerten Nachfrage nach Pflegeleistungen konfrontiert sehen und Kritiker bereits die Frage stellen, ob der Grenznutzen in Bezug auf die Gesundheit nicht bereits erreicht sei, da jeder Mehrgewinn an Gesundheit mit enormen Grenzkosten erkaufte werden müsse³²⁷, stellen wiederum andere Kritiker die Annahme der automatisch steigenden Kosten radi-

³²⁵ WIESNER, GERD (2001). *Der Lebensverlängerungsprozess in Deutschland. Stand – Entwicklung – Folgen. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes.* Robert Koch-Institut. Berlin. Im Internet unter: <Link>. Letztes Update: Unbekannt. S. 61. Hervorhebungen von mir.

³²⁶ FRIES, JAMES F./GREEN, L. W./LEVINE, S. (1989): *Health Promotion and the compression of morbidity.* Lancet I. S. 481-483. Zitiert nach: SCHWARTZ, FRIEDRICH W./WALTER, ULLA (1998): „Altsein – Kranksein?“ In: SCHWARTZ, FRIEDRICH W./BADURA, BERNHARD/BUSSE, REINHARD (Hg.): *Das Public Health Buch: Gesundheit und Gesundheitswesen.* München, Wien, Baltimore. S. 133.

³²⁷ Vgl. HARTMANN, ANJA K. (2002): *Zwischen Differenzierung und Integration. Die Entwicklung des Gesundheitssystems in den Niederlanden und in der Bundesrepublik.* Opladen. S. 49/50.

kal in Frage. KÜHN etwa bezweifelt den kausalen Zusammenhang zwischen Altersstruktur und Gesundheitsausgaben:

Marmor hat für 20 Industrieländer der OECD Altersquotienten (Anteil der über 64jährigen an der Bevölkerung) und Gesundheitsausgaben (Anteil am BIP) gegenübergestellt. Die beiden Länder mit den ungünstigsten Altersquotienten sind Schweden und Norwegen. Man sollte also erwarten, dass sie auch die höchsten Ausgabenquoten aufweisen. Tatsächlich liegen sie aber an 13. bzw. 19. Stelle. Umgekehrt haben die USA die mit Abstand höchsten Ausgaben-, aber eine überaus niedrige Altenquote (15. Stelle). In der OECD-Statistik findet sich *nicht der kleinste Hinweis* auf einen statistischen Zusammenhang zwischen Altersstruktur und Ausgaben.³²⁸

Das Auftreten von Krankheiten – abgesehen von den Beeinträchtigungen des biologischen Alterns – ist darüber hinaus *keine* unmittelbare Folge des demografischen Wandels: Berücksichtigt man die Verteilung von Krankheiten auf die Angehörigen verschiedener gesellschaftlicher Schichten mit unterschiedlichen sozioökonomischen Status, zeigt sich, dass der Großteil davon nicht zu Lasten der Alterung, sondern der sozialen Ungleichheit gehen. Während die Angehörigen der Mittel- und Oberschichten bereits heute in den Genuss einer komprimierten Krankheitsphase im hohen Lebensalter kommen, kämpfen die Angehörigen der unteren Schichten in ihren auf einem niedrigeren Niveau dazu gewonnenen Lebensjahren mit bereits früh erworbenen chronischen Krankheiten.³²⁹ Für sie trifft die Medikalisierungsthese voll zu.³³⁰ Somit erweisen sich bei differenzierter Betrachtung zwar beide Annahmen als zutreffend – allerdings nicht für die gesamte Bevölkerung. Es ist davon auszugehen, dass die Randbereiche und Nachbarbranchen der Gesundheitswirtschaft vermehrt von den Kunden der Mittel- und Oberschichten profitieren werden, die sich im präventiven Sinne aktiv an der Erhaltung ihrer Gesundheit betei-

³²⁸ KÜHN, HAGEN (2004): „Demographischer Wandel und demographischer Schwindel. Zur Debatte um die gesetzliche Krankenversicherung.“ In: *Blätter für deutsche und internationale Politik*. 6/2004. Im Internet unter: <[Link](#)>. Letztes Update: Unbekannt. S. 5. Hervorhebungen von mir. Vgl. Ferner: MARMOR, THEODORE (2001): „How not to think about Medicare Reform.“ In: *Journal of Health Politics, Policy, and Law*. 1/2001. S. 107-117.

³²⁹ Laut Schwartz weist ein 65-74jähriger der obersten sozialen Schicht in den USA durchschnittlich nur eine chronische Einschränkung auf, während auf einen Gleichaltrigen der untersten sozialen Schicht bzw. unteren Mittelschicht im Durchschnitt mehr als zwei entfallen. Vgl. SCHWARTZ, FRIEDRICH W./WALTER, ULLA (1998): „Altsein – Kranksein?“ In: SCHWARTZ, FRIEDRICH W./BADURA, BERNHARD/BUSSE, REINHARD (Hg.): *Das Public Health Buch: Gesundheit und Gesundheitswesen*. München, Wien, Baltimore. S. 132.

³³⁰ KÜHN, HAGEN (2004): „Demographischer Wandel und demographischer Schwindel. Zur Debatte um die gesetzliche Krankenversicherung.“ In: *Blätter für deutsche und internationale Politik*. 6/2004. Im Internet unter: <[Link](#)>. Letztes Update: Unbekannt. S. 11.

gen, während die unteren Schichten krankheitsbedingt eher einen positiven Effekt auf den Kernsektor haben dürften.³³¹

Abgesehen von der Kontroverse um den tatsächlichen Betreuungs- und Unterstützungsbedarf im Alter sind generelle Zweifel an der Glaubwürdigkeit der prognostizierten Datenlage für die Jahre nach 2020 angebracht. Beispielsweise ist die Annahme, dass in Deutschland auch künftig nur 1,4 Kinder geboren werden, zwar für die Statistiker eine notwendige Fixgröße, aber für die Politik durchaus veränderbar.³³²

4.2.2.2 Das Rationalisierungspotential sozialer personenbezogener Leistungen am Beispiel des Medieneinsatzes und des medizinisch-technischen Fortschritts

In den letzten Jahren hat das Aufkommen der neuen elektronischen Informations- und Kommunikationstechnologien an dem lange Zeit scheinbar unumstößlich gültigen Gesetz der Nicht-Rationalisierbarkeit von sozialen personenbezogenen Dienstleistungen heftig gerüttelt. Da sowohl Produktion wie Konsumtion der Dienstleistung gemäß des *uno-actu*-Prinzips zeitlich und räumlich zusammenfallen müssen, unterschieden sie sich von industriegefertigten Gütern darin, dass sie nicht auf Vorrat produziert oder gelagert werden konnten. Durch die neuen Medien bröckelt in den letzten Jahren die Rationalisierungsresistenz und mit ihr die Hoffnung, dass sich aufgrund der angenommenen Personalintensität in den sozialen personenbezogenen Dienstleistungen die in *Kapitel 3.1* geschilderten Beschäftigungszuwächse fortsetzen könnten.

³³¹ Diese Feststellung darf nicht als Inkaufnahme einer *Zwei-Klassen-Medizin* missverstanden werden, da sie sich strikt an der beobachtungsleitenden Unterscheidung wachstumsförderlich/wachstumshemmend orientiert. Natürlich ist es ein wünschenswertes gesellschaftspolitisches Ziel, dass alle Bevölkerungsschichten in den Genuss der Komprimierungstheorie kommen!

³³² So zweifelt Kühn stark an der Glaubwürdigkeit von Statistiken, die sich über einen größeren Zeitraum als die nächsten 10 bis 15 Jahre erstrecken. Demnach hätte man bei einer Erhebung ähnlich der *10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung* des statistischen Bundesamtes im Jahr 1950 u.a. die Verbreitung der Antibabypille und den damit verbundenen Pillenknicke in der Geburtenrate, die Anwerbung von ausländischen Gastarbeitern, den Trend zur Kleinfamilie bzw. dem Singledasein, die Wiedervereinigung und den darauf folgenden Einbruch der ostdeutschen Geburtenrate sowie den Zusammenbruch des Ostblocks, der einen Zuzug von etwa 2,5 Millionen (Spät)Aussiedlern zufolge gehabt hat, berücksichtigen müssen. Zudem seien die Folgen des medizinisch-technischen Fortschritts weder gegenwärtig noch zukünftig abschätzbar. Den Versuch der heutigen Politik, sich auf das Zukunftsszenario durch einen Umbau der Sozialversicherungssysteme einzustellen, käme überspitzt formuliert dem Versuch Konrad Adenauers gleich, aus dem Jahr 1950 heraus Politik für das Jahr 2000 zu betreiben. Vgl. KÜHN, HAGEN (2004): „Demographischer Wandel und demographischer Schwindel. Zur Debatte um die gesetzliche Krankenversicherung.“ In: *Blätter für deutsche und internationale Politik*. 6/2004. Im Internet unter: <[Link](#)>. Letztes Update: Unbekannt.

Durch das Internet ist die gleichzeitige zeitliche und räumliche Anwesenheit von Konsument und Produzent nicht länger zwingend erforderlich. Beispielsweise bieten Universitäten *virtuelle Übungen* an, in denen Studierende und Lehrende nicht zwingend parallel präsent sein müssen. Um eine Reise zu buchen oder eine Überweisung zu tätigen, bedarf es nicht mehr des Aufsuchens einer Filiale, stattdessen reicht ein Computer mit Internetanschluss. Wie in *Abschnitt 4.1.4* geschildert müssen dank *E-Health* und der Telemedizin Arzt und Patient ebenfalls nicht länger zwingend einander gegenüberstehen. Das Beispiel der telemetrischen Ferndiagnostik für Herzinfarktpatienten des *Herz- und Diabeteszentrums Nordrhein-Westfalen* in Bad Oeynhausen dokumentiert die neuen Möglichkeiten eindrucksvoll: Ein Infarkt stellt für die Betroffenen einen tiefen Einschnitt in ihr Leben dar. Die Angst dieser Patientengruppe vor einer weiteren Schädigung des Herzens oder sogar dem Tod lässt sie umso aufmerksamer für die Signale ihres Körpers bzw. Herzens werden. Nicht selten geht ein Stück der Lebensqualität dadurch verloren, dass ein Großteil des Tages damit verbracht wird, ängstlich auf die Regungen im Inneren des Körpers zu achten. An dieser Stelle setzt das neue Diagnoseverfahren an: Es ermöglicht dem Patienten durch ein kleines tragbares Gerät in der Größe eines Handys, das über eine Kontaktstelle am Herzen fortlaufend die Herzströme misst und für Minuten speichert, jederzeit beim Gefühl einer als unnatürlich empfundenen Herzrhythmusstörung die Daten kurz vor und nach dieser zu speichern. Anschließend muss der Betroffene lediglich ein Telefon aufsuchen, die Dienststelle anrufen und das Aufnahmegerät an die Muschel des Telefonhörers legen, um die Daten, welche vom Gerät in eine Tonfolge umgewandelt werden, an das Herz- und Diabeteszentrum zu übermitteln. Dort werden die Werte von einem Computer wieder in Herzströme umgewandelt und von ärztlichem Personal ausgewertet. Auf diese Weise kann der Arzt – was in den meisten Fällen auch geschieht – Entwarnung geben bzw. wenn sich ein Infarkt ankündigt rechtzeitig weitere Maßnahmen treffen. Der Vorteil ist ein immenser subjektiv erlebter Rückgewinn an Freiheit und Sicherheit; die Lebensqualität des Patienten steigt enorm. Vor dem Hintergrund der Einführung neuer innovativer telemedizinischer Verfahren darf die in der Vergangenheit positive Entwicklung nicht uneinge-

schränkt auf die Zukunft projiziert werden.³³³ BEYER gibt sich eher pessimistisch:

Als Folge ist in vielen traditionellen Dienstleistungsbereichen – unter anderem im Handel, bei den Banken und Versicherungen sowie in der öffentlichen Verwaltung – weiterer Personalabbau zu erwarten.³³⁴

Zwar weist BEYER auch auf die durch den Medieneinsatz neu entstehenden Berufe oder die Möglichkeit von individuell auf den Kunden abgestimmten Verknüpfungen von Produkt und Dienstleistung hin, allerdings ist der wachstumshemmende Effekt der neuen Medien nicht zu leugnen.³³⁵ LAUTERBACH und LINDLAR differenzieren auf Grundlage der zunehmend erforderlichen *Medienkompetenz*, dass zukünftig die Nachfrage nach hoch qualifizierten Arbeitsplätzen anwachse, wohingegen gering qualifizierte Arbeitsplätze der Rationalisierung zum Opfer fielen. Insbesondere im Bereich der administrativen Tätigkeiten schlummere ein enormes Wachstumspotential, beispielsweise hätten sich die Beschäftigtenzahlen in den Krankenkassen zur Zeit der Erhebung ihres Gutachtens noch auf dem Niveau vor Einführung der EDV befunden, so dass bei entsprechendem Druck von Rationalisierungen auszugehen sei.³³⁶ Auch die Einführung der *virtuellen elektronischen Patientenakte* (VEP), die sich aktuell in der Erprobung befindet, dürfte eine gewaltige Effizienzsteigerung und Ineffizienzbeseitigung nach sich ziehen. So wären Röntgenbilder, (Blut)Werte und vorangegangene Diagnosen jederzeit für jeden an der Behandlung beteiligten Arzt abrufbar, wodurch Mehrfachuntersuchungen – und damit Personal – überflüssig würden. Die Spekulationen darüber, wie hoch einerseits der Ineffizienzabbau und die Effizienzerhöhung und andererseits die „Kosten“ des medizinisch-technischen Fortschritts zu beziffern seien, reichen von einer gegenseitigen Neutralisierung bis hin zu einer Ausgabenstei-

³³³ „Daher kann nicht mehr davon ausgegangen werden, dass sich Nachfragesteigerungen *automatisch* in Beschäftigungszuwächsen bei den personenbezogenen Diensten niederschlagen.“ FRETSCNER, RAINER/HARTMANN, ANJA K. (2002): „Der Gesundheitssektor: Stiefkind oder *Hidden Champion* der Dienstleistungsgesellschaft?“ In: HARTMANN, ANJA K./MATHIEU, HANS (Hg.): *Dienstleistungen in der Neuen Ökonomie. Struktur, Wachstum und Beschäftigung*. Berlin. S. 11. Hervorhebung von mir.

³³⁴ BEYER, LOTHAR [ET AL.] (2003): *Dienstleistungen für mehr Lebensqualität. Trends, Gestaltungsfelder, Beschäftigungsperspektiven*. Graue Reihe des Instituts für Arbeit und Technik. Gelsenkirchen. S. 15.

³³⁵ Beyer weist den von Thome vorausgesagten Rückgang von ca. 6,7 Millionen Arbeitsplätzen zwischen 1997 und 2007 in diesen Bereichen zwar als zu hoch zurück, allerdings wird die Relevanz der Eröffnung neuer Rationalisierungspotentiale im Dienstleistungssektor deutlich. Vgl. Ebd. S. 15.

³³⁶ LAUTERBACH, KARL/LINDLAR, MARKUS (1999): *Informationstechnologien im Gesundheitswesen. Telemedizin im Gesundheitswesen*. Bonn. Gutachten Friedrich-Ebert-Stiftung. Im Internet unter: <[Link](#)>. Letztes Update: Unbekannt. S. 26.

gerung im Gesundheitswesen, welche die Produktivitätssteigerung in der übrigen Wirtschaft um ein Prozent übertrifft.³³⁷ HILBERT et al. weisen kritisch darauf hin, dass beispielsweise durch den medizinisch-technischen Fortschritt schon heute neue schonende und weniger risikobehaftete Operationsmethoden entwickelt werden, die bei (nicht akut) Betroffenen die Bereitschaft erhöhen, sich einer solchen neuen Behandlungsmethode zu unterziehen. Die Folge einer mengenmäßigen Ausweitung der Nachfrage macht den Effizienzgewinn der Methode damit wieder zunichte.³³⁸

Zu diesem Zeitpunkt kann allerdings noch nicht verlässlich abgeschätzt werden, ob der medizinisch-technische Fortschritt mehr neue, innovative Berufe induzieren oder per saldo eher Beschäftigung vernichten wird. Diesbezüglich aufschlussreich ist die Feststellung HARTMANNs, dass der medizinisch-technische Fortschritt in der Medizin ungleich verteilt sei.³³⁹ Während die Entwicklung der diagnostischen Verfahren – wie das Beispiel Bad Oeynhausen zeigt – rascher voranschreite, hinkten dagegen die therapeutischen Verfahren hinterher. Auf diese Weise sei es zwar immer früher und besser möglich, Krankheiten aufzuspüren, was allerdings nicht mit deren erfolgreicher Heilung gleichbedeutend sei. Stattdessen werde der meist chronische Krankheitsverlauf lediglich genau beobachtet und gelindert, weshalb die bei der Therapie zum Einsatz kommenden Technologien auch treffend die Bezeichnung *halfway technologies* tragen.

Wie aber bereits im vorangegangenen Abschnitt angeklungen ist, lässt sich zumindest für den Pflegebereich nachweisen, dass der medizinisch-technische sowie gesundheitswissenschaftliche Fortschritt einen wachstums-

³³⁷ HILBERT, JOSEF/FRETSCHNER, RAINER/DÜLBERG, ALEXANDRA (2002): *Rahmenbedingungen und Herausforderungen der Gesundheitswirtschaft*. Gelsenkirchen. S. 39. Ferner: STANOWSKY, JÜRGEN/SCHMAX, SABINE/SANDVOß, ROLF (2004): *Gesundheitsmarkt – ein Wachstumsmotor? Working Paper. Economic Research. Allianz Group. Dresdner Bank*. Im Internet unter <Link>. S. 6.

³³⁸ Stanowsky et al. führen ein derartiges Beispiel dafür, dass der Mengeneffekt den Preiseffekt überkompensiert, an: „Sie [herkömmliche Bypassoperation] verursacht Kosten in einer Größenordnung von 15.000 EUR. Die Erweiterung der Herzkranzgefäße mit Hilfe eines Ballonkatheters (PTCA) ist dagegen mit einem deutlich geringeren Risiko verbunden, verursacht im Durchschnitt Kosten von 3.300 EUR und kann in vielen Fällen einen Bypass ersetzen. Der angesichts dieser medizinisch-technischen Neuerung eigentlich zu erwartende Kostenrückgang trat nicht ein. Denn es kam zu einer massiven Mengenausweitung bei der Ballondilatation, ohne dass jedoch ein Rückgang bei den Bypassoperationen zu verzeichnen gewesen wäre. Von 1979 bis 2002 stieg die Zahl der Ballondilatationen von 250 auf 207.937. Wurden 1980 in Deutschland noch 4.887 Bypassoperationen durchgeführt, waren es 74.695 entsprechende Eingriffe im Jahr 2002.“ Allerdings ist kritisch anzumerken, dass die Nachfrage vom Arzt induziert ist, der seine Patienten auf die neuerliche Methode aufmerksam macht. Ebd. S. 6.

³³⁹ HARTMANN, ANJA K. (2002): *Zwischen Differenzierung und Integration. Die Entwicklung des Gesundheitssystems in den Niederlanden und der Bundesrepublik*. Opladen. S. 49/50.

hemmenden Effekt auf die vom DIW erwarteten Pflegezahlen entfaltet.³⁴⁰ Das Beispiel der Ferndiagnose im Herz- und Diabeteszentrum hat gezeigt, dass vormals nur stationär oder ambulant zu erbringende Leistungen mittlerweile bei den Patienten zuhause stattfinden können, so dass sich eine Projektion der Fallzahlen in die Zukunft auf Basis *heutiger* Daten voraussichtlich nicht bewahrheiten wird.

4.2.3 Die Drosselung des medizinisch-technischen Fortschritts – Die derzeitige Praxis bei der Zulassung neuer Produkte und Verfahren als Flaschenhals für ihre Diffusion

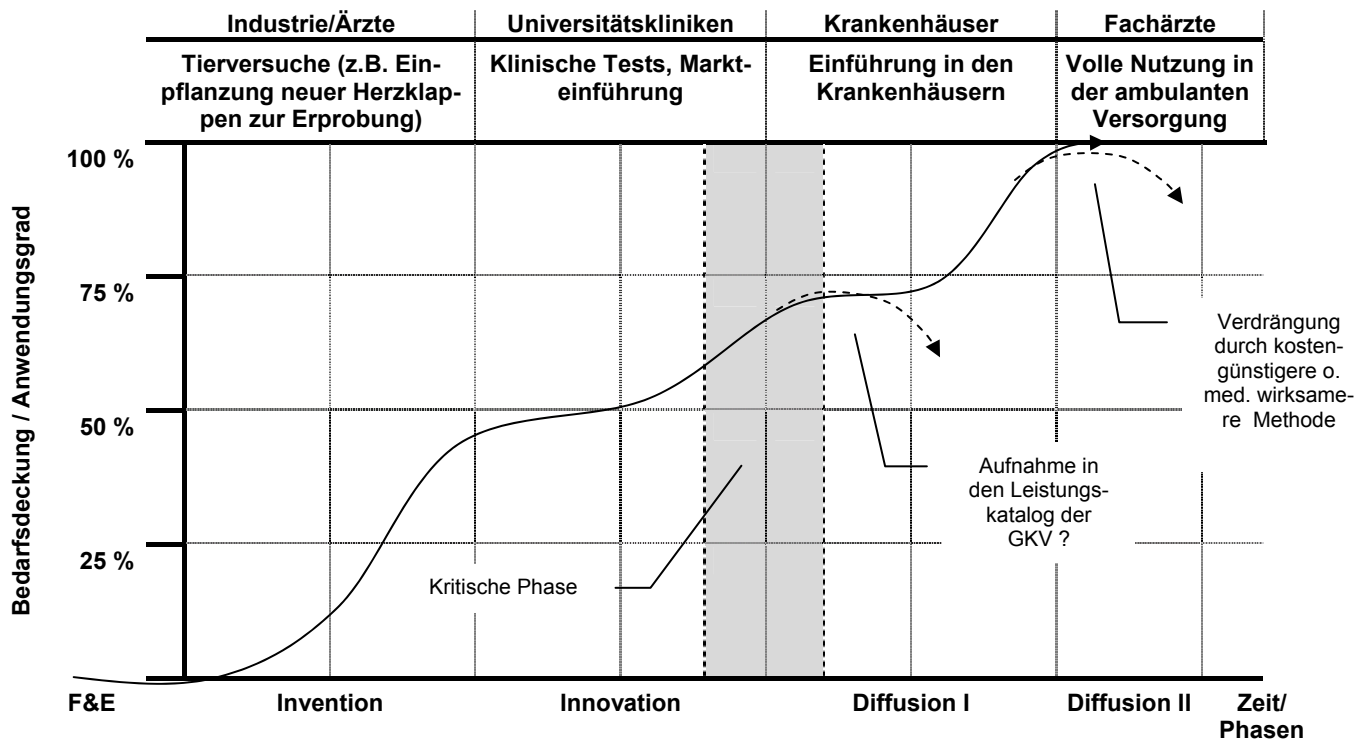
Im Vergleich zu den USA, in denen ein geringer Regulierungsgrad die zügige Markteinführung neuer medizintechnischer Produkte bei großem Preissetzungsspielraum begünstigt, hemmt in Deutschland ein zu hoher Regulierungsgrad die Einführung und Erprobung neuer Verfahren und Produkte. Beispielsweise wurde vor 10 Jahren das Verfahren der katheterlosen Darstellung³⁴¹ der Herzkranzgefäße eingeführt, welches dem Arzt das präventive Aufspüren von Kalkablagerungen, die zu Gefäßeinengungen führen können, ermöglicht. Auf diese Weise werden drohende krankhafte Schädigungen des Herzens Jahrzehnte vor dem Akutwerden erkannt und somit behandelbar. Allerdings behindern fehlende Abrechnungsziffern die Anwendung und damit Ausbreitung der Methode, da viele Einrichtungen den damit verbundenen Problemen lieber aus dem Weg gehen. Im Gesundheitssystem klafft angesichts des rasanten Fortschritts – GRÖNEMEYER geht von einer Verdoppelung des medizinischen Wissens im Fünf-Jahresrhythmus aus – fast zwangsläufig eine Wissenslücke zwischen den Entscheidern auf der einen und den Medizinern auf der anderen Seite, die sich wachstumshemmend auf die Gesundheitswirtschaft auswirkt.³⁴²

³⁴⁰ „Allerdings ist hier [DIW-Studien] anzumerken, dass bei dieser Vorausberechnung davon ausgegangen wird, dass das Risiko der Pflegebedürftigkeit in den kommenden Jahrzehnten genauso hoch sein wird wie heute. Dazu ist anzumerken, dass durch eine Verbesserung der medizinischen-rehabilitativen und der pflegerischen Versorgung eine Verringerung dieses Risikos erreicht werden kann. Darüber hinaus sind Untersuchungen zu berücksichtigen, aus denen die Folgerung abgeleitet werden kann, dass sich in der jüngeren Vergangenheit der Gesundheitszustand älterer Menschen erkennbar verbessert hat.“ BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (Hg.) (2001): *Das Altern der Gesellschaft als globale Herausforderung – Deutsche Impulse*. Stuttgart, Berlin. S. 61.

³⁴¹ Katheterlose Darstellung = Ultraschnelle Computertomographie.

³⁴² GRÖNEMEYER, DIETRICH H. W. (2002): „Gesundheitswirtschaft „Med. in Germany“ – Verpasst Deutschland eine Chance?“ In: BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (Hg.): *Zukunftsmarkt Gesundheit. Tagungsband der Veranstaltung des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie, am 6.12.2001 in Berlin*. Baden-Baden. S. 34.

Abbildung 11: Phasen des medizinisch-technischen Innovationsprozesses (*Eigene ergänzte Darstellung*)³⁴³



Der medizinisch-technische Fortschritt läuft wie in *Abbildung 11* dargestellt in drei wesentlichen Zyklen ab: *Invention*, *Innovation* und *Diffusion*.³⁴⁴ An der Erforschung und Entwicklung eines Prototyps sind sowohl Ärzte als auch die Vorleistungs- und Zuliefererindustrien der Gesundheitswirtschaft gleichermaßen beteiligt.³⁴⁵ Die Mediziner leisten häufig einen großen Beitrag zur Grundlagenforschung, wobei sie oft als erste den Bedarf nach einer neuen Methode bzw. einem neuen Produkt erkennen. Die Industrie hingegen hebt sich neben der Unterstützung bei der Umsetzung in der angewandten Forschung vor allem in der Optimierung bereits bestehender Produkte hervor. Die Phase der Invention geht fließend in die der Innovation über, in der die erstmalige Anwendung in der Praxis durch meist die an der FuE beteiligten Personen er-

³⁴³ SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN IN DEUTSCHLAND (1997): *Gesundheitswesen in Deutschland: Kostenfaktor und Zukunftsbranche. Sondergutachten 1997. Band. 2: Fortschritt und Wachstumsmärkte, Finanzierung und Vergütung*. Baden-Baden. S. 67. Ferner: FABIAN, FRANK (2002): *Märkte im Fokus. Medizintechnik – ein Markt mit Wachstumsperspektiven*. IKB Report Medizintechnik. Düsseldorf. Im Internet unter: [<Link>](#). Letztes Update: Unbekannt. S. 12.

³⁴⁴ Vgl. SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN IN DEUTSCHLAND (1997): *Gesundheitswesen in Deutschland: Kostenfaktor und Zukunftsbranche. Sondergutachten 1997. Band. 2: Fortschritt und Wachstumsmärkte, Finanzierung und Vergütung*. Baden-Baden. S. 67.

³⁴⁵ „Charakteristisch für den medizinisch-technischen Fortschritt ist dabei, dass innerhalb dieser Phase eine enge Zusammenarbeit zwischen forschenden medizinischen Leistungserbringern, in Deutschland handelt es sich dabei primär um Universitätsklinika, und der forschenden Industrie (v.a. Medizintechnikerindustrie, pharmazeutische Industrie) stattfindet. Ebd. S. 68.

folgt. Aufgrund der benötigten Ressourcen und des Zugangs zu einer großen Anzahl von in Frage kommender Patienten dominieren die Universitätskliniken die (klinische) Erprobung, wobei die Reputation der beteiligten Ärzte und Entscheider maßgeblichen Einfluss auf die Meinungsbildung des medizinischen Umfelds haben. Darüber, ob ein neues Verfahren oder eine Innovation im Bereich der Medizintechnik seine Verbreitung findet und damit in die Phase der Diffusion eintritt, entscheidet der in Studien zu belegende therapeutische Nutzen. Sollte zwischen mehreren existierenden Verfahren Kostengleichheit herrschen, wird zukünftig das mit dem größeren Nutzen ausgeübt. Ähnlich verhält es sich bei Nutzengleichheit, bei der die günstigere Methode gewählt wird.

Das Beispiel GRÖNEMEYERS zeigt dagegen, dass obwohl die Wirksamkeit einer Innovation bewiesen ist, ihre Diffusion behindert wird, was mit der Art und Weise des Zulassungsverfahrens zusammenhängt³⁴⁶:

Flächendeckend kann eine neue Methode, die in der Regel auf einer medizinischen Innovation basiert, jedoch erst dann eingesetzt werden, wenn ihre *Kosten-erstattung* durch die GKV gewährleistet ist. Welche Leistungen in den GKV-Katalog übernommen werden, wird von den Spitzengremien der Kassenärzte und Krankenkassen über gemeinschaftlich besetzte Ausschüsse geregelt, die damit maßgeblichen Einfluss auf den Markterfolg neuer Technologien ausüben.³⁴⁷

Da die Kosten der Innovation in der Einführungsphase die etablierten und dadurch ausgereifteren Methoden meist noch übersteigen, gestaltet sich ihre Durchsetzung mitunter schwierig, zumal die Krankenkassen nicht an einer Ausweitung der Kosten interessiert sind und der politische Druck, den Beitragssatz stabil zu halten, immens ist.³⁴⁸ Das *Forum Deutsche Medizintechnik*

³⁴⁶ Eine von SPECTARIS durchgeführte Branchenbefragung kommt – ungeachtet der enormen Umsätze – zu einem ähnlichen Ergebnis: „Unangefochtener Spitzenreiter, leider im negativen Sinn, ist jedoch der Bereich Gesundheitsgesetzgebung. 95,2 % der Firmen sehen das Wachstum der deutschen Medizintechnikbranche durch die derzeitige Gesundheitsgesetzgebung als gefährdet an.“ SPECTARIS (Hg.) (2004): *Die deutsche Medizintechnik 2004. Auswertung der SPECTARIS-Umfrage zur Situation der deutschen Medizintechnik 2004 und den Kriterien für eine optimale strategische Positionierung am (Welt-)Markt*. Köln. Im Internet unter: <[Link](#)>. Letztes Update: Unbekannt.

³⁴⁷ FABIAN, FRANK (2002): *Märkte im Fokus. Medizintechnik – ein Markt mit Wachstumsperspektiven*. IKB Report Medizintechnik. Düsseldorf. Im Internet unter: <[Link](#)>. Letztes Update: Unbekannt. S. 12.

³⁴⁸ „Die Schwäche des Inlandsmarktes ist dabei weiterhin vorrangig auf die Investitionszurückhaltung des Krankenhaussektors – er nimmt immerhin die Hälfte der Medizintechnik ab – sowie die Einsparbemühungen der öffentlichen Hand im Gesundheitswesen zurückzuführen. Unter der Finanznot der gesetzlichen Krankenkassen haben vor allem die Hersteller von medizinischen Hilfsmitteln zu leiden. [...] Vor dem Hintergrund der Einsparbemühungen im deutschen Gesundheitswesen wurde das gegenüber früheren Jahrzehnten zuletzt deutlich abgeschwächte Branchenwachstum in jüngerer Vergangenheit nahezu ausschließlich vom expansiven Auslandsgeschäft getragen.“ STANOWSKY, JÜRGEN/SCHMAX, SABINE/SANDVOß, ROLF

beklagt außerdem die „Restriktivität“ der Bestimmungen im Sozialgesetzbuch V und fordert bei Gesprächen über die Zulassung statt des gewährten passiven Anhörungsrechts ein aktives Mitwirkungsrecht.³⁴⁹ Wenn die mit der Aufnahme der Leistungen in die GKV befassten Gremien aber wie beschrieben aufgrund ihres Informationsdefizits mit ihrer Arbeit nicht nachkommen, droht der sofortige Stopp der Diffusion und schlimmstenfalls das zwischenzeitliche Veralten ehemals als Innovation gefeierter Produkte oder Verfahren, noch ehe sie auf den Markt gelangen konnten. Auf diese Weise werden den Patienten im Gesundheitswesen neue schonende diagnostische und therapeutische Methoden, den Kassen langfristig günstigere, weil effizientere Verfahren und den Vorleistungs- und Zuliefererindustrien in der Gesundheitswirtschaft Wachstum und Beschäftigung vorenthalten.³⁵⁰ GRÖNEMEYER plädiert deshalb für die Einrichtung eines Gesundheitswirtschaftsministeriums, welches die Kompetenzen beider Systeme bündele.³⁵¹

4.2.4 Die Tücken der informellen Leistungserbringung

BOSCH hat nachweisen können, dass weniger der Ausbau des Niedriglohnssektors zu einer Erhöhung der sozialen personenbezogenen Dienstleistungen beiträgt³⁵², sondern stattdessen eine starke Korrelation zwischen diesen und der Frauenerwerbsquote eines Landes besteht.³⁵³ Sie ist darauf zurückzufüh-

(2004): *Gesundheitsmarkt – ein Wachstumsmotor? Working Paper. Economic Research. Allianz Group. Dresdner Bank.* Im Internet unter <[Link](#)>. S. 7/8.

³⁴⁹ SPECTARIS/ZVEI (Hg.) (2004): „*Forum Deutsche Medizintechnik im Dialog.*“ *Der Beitrag der medizintechnischen Industrie für ein effizientes Gesundheitswesen.* Präsentation vom November 2002. Ohne Ort. Im Internet unter: <[Link](#)>. Letztes Update: Unbekannt. Folie 15.

³⁵⁰ Fabian hat den darauf zurückzuführenden von der Medizintechnikbranche beklagten Investitionsstau im Jahr 2002 auf 10 Milliarden € geschätzt. Vgl. FABIAN, FRANK (2002): *Märkte im Fokus. Medizintechnik – ein Markt mit Wachstumsperspektiven.* IKB Report Medizintechnik. Düsseldorf. Im Internet unter: <[Link](#)>. Letztes Update: Unbekannt. S. 12.

³⁵¹ GRÖNEMEYER, DIETRICH H. W. (2002): „Gesundheitswirtschaft „*Med. in Germany*“ – Verpasst Deutschland eine Chance?“ In: BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (Hg.): *Zukunftsmarkt Gesundheit. Tagungsband der Veranstaltung des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie, am 6.12.2001 in Berlin.* Baden-Baden. S. 32/33.

³⁵² „Der Zusammenhang zwischen Einkommensungleichheit und dem allgemeinen Dienstleistungsvolumen ist negativ und signifikant. [...] Der Zusammenhang zwischen Einkommensungleichheit und dem Arbeitsvolumen in sozialen Dienstleistungen ist stark negativ und hochsignifikant. Je ungleicher die Einkommensverteilung, desto geringer ist insoweit das Arbeitsvolumen in sozialen Dienstleistungen. BOSCH, GERHARD (2003): „Sind Niedriglöhne der Motor für Dienstleistungen?“ In: *DIW Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung.* Nr. 72/2003. S. 41. Auslassungen von mir.

³⁵³ „Die Korrelation zwischen dem Arbeitsvolumen der Frauen und dem Volumen bei den sozialen Dienstleistungen liegt bei 0,65, wodurch immerhin 44 % der Varianz erklärt wird. *Dies bedeutet, dass mit der Erwerbstätigkeit von Frauen soziale Dienstleistungen erwerbswirtschaftlich erschlossen werden können.* Zwischen der Frauenerwerbstätigkeit und den anderen

ren, dass parallel zum Eintritt der Frauen in die Erwerbstätigkeit die zeitlichen Ressourcen für die Verrichtung haushaltsnaher bzw. sozialer Dienstleistungen in Eigenarbeit sinken und folglich über den Markt substituiert werden müssen. Als mehrheitlicher Anbieter von sozialen personenbezogenen Dienstleistungen würde die Gesundheitswirtschaft wie in *Abschnitt 4.1.2* beschrieben besonders von einer infolgedessen ausgeweiteten Nachfrage profitieren, wobei dort gleichzeitig ein enormes Beschäftigungswachstum realisiert werden könnte.

Dem stehen leider zwei wachstumshemmende Tatsachen im Wege: Zum einen besitzt Deutschland wie in *Abbildung 12* gezeigt mit 58,7 % eine im internationalen Vergleich verhältnismäßig niedrige Frauenerwerbsquote, zum anderen werden – auch, aber nicht nur aufgrund dessen – zu viele Tätigkeiten *informell* erbracht. Zur informellen Arbeit werden alle Tätigkeiten gezählt, die weder der Erwerbsarbeit noch der Freizeit zuzurechnen sind.³⁵⁴ KRISTOF und SCHERHORN haben folgendes Verhältnis ermittelt:

Die informelle Arbeit insgesamt verhält sich zur formellen Arbeit – gemessen an der Anzahl der geleisteten Stunden – wie rd. 100:60. Das Verhältnis von Haushaltsarbeit³⁵⁵ zu Berufsarbeit ist circa 80:60. Die Eigenproduktion im Haushalt dagegen verhält sich zur formellen Produktion wie 10:60 und die gemeinschaftsbezogene informelle Arbeit zur Erwerbsarbeit wie 5:60.³⁵⁶

Demnach wird ein Großteil der Haushaltsarbeit, zu der auch die Betreuung und Pflege älterer Familienangehöriger zählen, informell überwiegend von Frauen erbracht.³⁵⁷ Es darf jedoch nicht der Eindruck entstehen, dass informelle Arbeit ausschließlich die weibliche Bevölkerung betreffe: SCHUPP hat ermitteln können, dass sich im Jahr 2003 neben den acht Prozent der volljährigen Frauen im Umfang von drei Stunden täglich ebenfalls ca. fünf Prozent

Dienstleistungen ist insoweit kein signifikanter Zusammenhang feststellbar.“ Ebd. S. 41. Hervorhebungen von mir.

³⁵⁴ KRISTOF, KORA/SCHERHORN, GERHARD (2002): „Informelle Arbeit in der Dienstleistungsgesellschaft.“ In: BOSCH, GERARD [ET AL.] (Hg.): *Die Zukunft von Dienstleistungen. Ihre Auswirkungen auf Arbeit, Umwelt und Lebensqualität*. Frankfurt a. M./New York. S. 514.

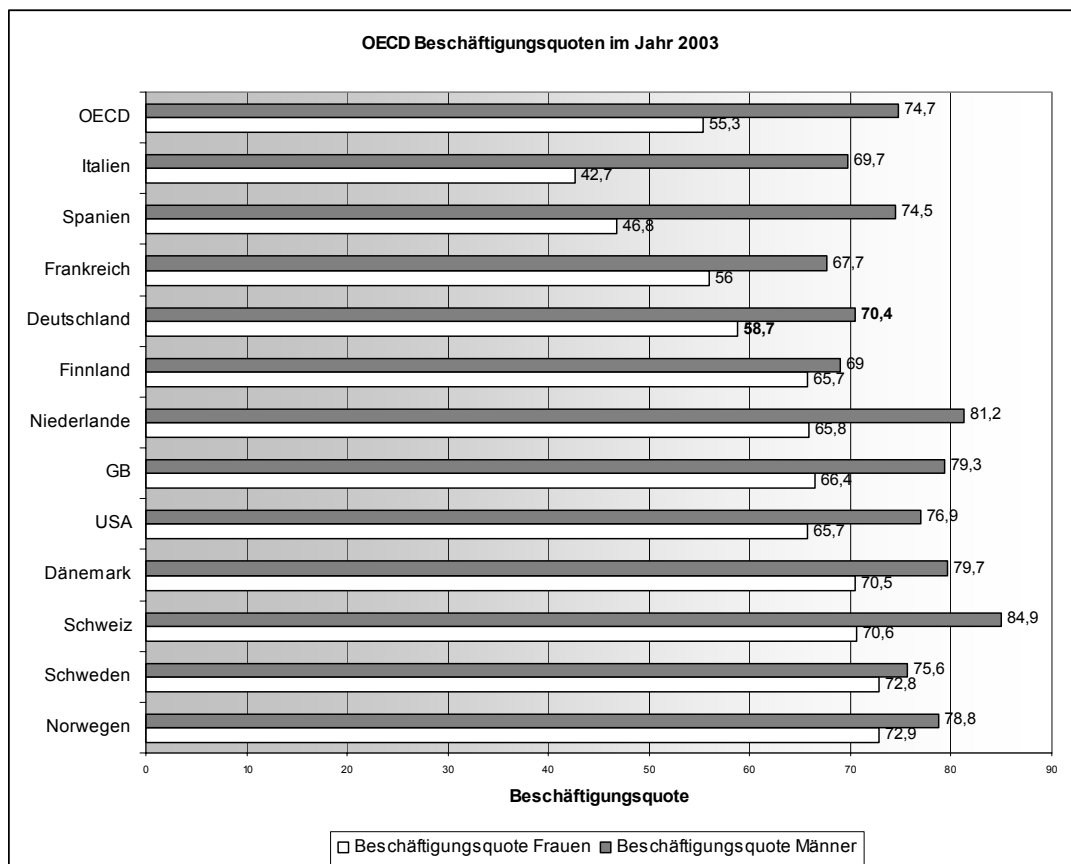
³⁵⁵ Nach Kristof und Schernhorn umfasst die Hauswirtschaft u.a. *materielle Hausarbeit* (Kochen, Putzen, Bügeln), *Konsumarbeit* (selbstständiges Einkaufen), *psychische Hausarbeit* (familiäres Binnenklima, Aufbau und Pflege des Beziehungsnetzwerkes) sowie die *Kranken- und Altenpflege*, deren Herauslösung aus dem informellen Bereich für die Gesundheitswirtschaft eine besondere Rolle spielt. Vgl. Ebd. S. 515.

³⁵⁶ Ebd. S. 527.

³⁵⁷ Fretschner führt hierauf u.a. die für ihn in Deutschland bestehende Dienstleistungslücke zurück: „Die Dienstleistungslücke in der Bundesrepublik sowie die im Vergleich zu den USA und Schweden überdurchschnittlich hohe Arbeitslosigkeit ist somit auf die informelle Dienstleistungsproduktion zurückzuführen.“ FRETSCNER, RAINER (2002): „Das Märchen von Hase und Igel: Dienstleistungspolitik im Zeitalter der neuen Ökonomie.“ In: HARTMANN, ANJA K./MATHIEU, HANS (Hg.): *Dienstleistungen in der Neuen Ökonomie. Struktur, Wachstum und Beschäftigung*. Berlin. S. 141.

der erwachsenden Männer im Umfang von zweieinhalb Stunden am Tag der Versorgung Pflegebedürftiger gewidmet haben.³⁵⁸ Insbesondere das Engagement der über 60jährigen Männer bei der Pflege ihrer Ehepartner sticht hierbei hervor. Obwohl der weibliche Anteil den männlichen quantitativ überflügelt, ist letzterer doch signifikant.

Abbildung 12: Männliche und weibliche OECD Beschäftigungsquoten ausgewählter Länder im Jahr 2003 (*Eigene Darstellung*).³⁵⁹



Die Gründe für den Verzicht auf die Nachfrage nach professionellen Dienstleistungen bzw. den Wunsch, jene selbst zu erbringen, sind vielfältig. Es ist davon auszugehen, dass sich die *Präferenzmuster* parallel zu den *Strukturen des öffentlichen Sektors* entwickelt haben bzw. sich beide bedingen. Während z.B. sowohl in Deutschland als auch den USA etwa 30 % des Einkommens für Speisen und Getränke ausgegeben werden, fließen in den USA davon die Hälfte in die Gastronomie, wohingegen der Anteil in Deutschland nur etwa

³⁵⁸ SCHUPP, JÜRGEN, KÜHNEMUND, HARALD (2004): „Private Versorgung und Betreuung von Pflegebedürftigen in Deutschland. Überraschend hohes Pflegeengagement älterer Männer.“ In: *DIW Wochenbericht*. Nr. 20/2004. Berlin. Im Internet unter [<Link>](#). Letztes Update: 15.05.04.

³⁵⁹ Quelle: OECD (2004): *Employment Outlook 2004*. Ohne Ort. Im Internet unter: [<Link>](#). Man beachte, dass die Beschäftigungsquote der Frauen in Deutschland über dem OECD-Durchschnitt liegt, während die der Männer um 4,3 Prozentpunkte darunter liegt.

ein Viertel ausmacht. Der überwiegende Teil der Nahrungsmittel wird hierzulande Zuhause selbst zubereitet und verzehrt. Bei Betrachtung der Zeitaufwendungen stellt sich heraus, dass in Deutschland durchschnittlich ca. vier Stunden mehr Zeit für die Zubereitung der Mahlzeiten verbracht wird als in Amerika, wobei hiesige Frauen es auf 6,2 Stunden Unterschied im Vergleich zu amerikanischen Frauen bringen. Auch geben die Amerikaner mit 3,5 % ihres Einkommens fast das Doppelte wie die Deutschen mit 1,9 % für personenbezogene Dienste, wie z.B. die Körperpflege, aus.³⁶⁰ In der Summe der informellen und formellen Tätigkeiten ergibt sich dagegen mit 54,6 Stunden in Deutschland und 53,6 Stunden in Amerika ein ausgeglichenes Bild, jedoch entfallen 59 % der Zeit davon in den USA auf den Beruf, in Deutschland lediglich 48 %. Laut HARTMANN verbrachten deutsche Frauen ein Drittel mehr Zeit im Haushalt als amerikanische.³⁶¹

Das sich in Deutschland bietende Bild verleitet zu der Annahme, dass neben den Bedürfnisinformationen vor allem die Strukturen unseres Sozialstaats einen hinderlichen Einfluss auf die Erhöhung der Frauenerwerbsquote ausüben, da sie keinerlei Anreize für das weibliche Geschlecht bieten, sich am Erwerbsleben zu beteiligen. Der deutsche Sozialstaat ist nach wie vor auf einen männlichen Hauptverdiener ausgerichtet, wodurch die so genannte „Hausfrauenehe“ implizit gestützt wird. Frauen werden bezüglich ihrer Berufsposition und Entlohnung gegenüber Männern nach wie vor benachteiligt.³⁶² Gleichzeitig bevorzugt das deutsche Einkommensteuersystem den Hauptverdiener, der meistens männlich ist („Ehegattensplitting“). Durch hohe Grenzsteuersätze lohnt sich für die zweite oftmals weibliche Person die Ausübung eines Berufes nicht. Die Mitversicherung über den Ehepartner im Krankheitsfall verstärkt diese Position zusätzlich. Daneben werden hierzulande monetäre Transfers zur Einkommensunterstützung (Erziehungsgeld, Pflegegeld etc.) gegenüber der Bereitstellung von öffentlichen Dienstleistungen bevorzugt. Demgegenüber verdanken die skandinavischen Länder Norwegen, Schweden und Dänemark ihre durchweg hohen Frauenerwerbsquoten

³⁶⁰ HARTMANN, ANJA K. (2002): „Dienstleistungen im wirtschaftlichen Wandel: Struktur, Wachstum und Beschäftigung.“ In: HARTMANN, ANJA K./MATHIEU, HANS (Hg.): *Dienstleistungen in der Neuen Ökonomie. Struktur, Wachstum und Beschäftigung*. Berlin. S. 25.

³⁶¹ Ebd. S. 25/26.

³⁶² Vgl. BEYER, LOTHAR [ET AL.] (2002): „Soziodemographischer Wandel: Triebkraft für die Entwicklung neuer Dienstleistungen.“ In: BOSCH, GERARD [ET AL.] (Hg.): *Die Zukunft von Dienstleistungen. Ihre Auswirkungen auf Arbeit, Umwelt und Lebensqualität*. Frankfurt a. M./New York. S. 147.

ihrem stark ausgebauten öffentlichen Sektor.³⁶³ Dazu zählt auch das Angebot an Kinderbetreuungsmöglichkeiten, welches die bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf garantiert.

Zusammenfassend lässt sich attestieren, dass der deutsche Staat vermehrt die Eigenarbeit subventioniert, wodurch weniger Frauen am Erwerbsleben teilnehmen, worunter wiederum sowohl die Nachfrage als auch das Angebot nach sozialen personenbezogenen Leistungen leidet. Der Kreislauf kann nur durch eine Neujustierung des Sozialstaats durchbrochen werden. Allerdings sind auch dann Zweifel angebracht, ob damit die Dyade „Frau/Haushalt“ aufgebrochen werden kann:

Zwar hat sich der Arbeitsaufwand durch die maschinelle Aufrüstung der Haushalte durch konsumfertige Produkte und durch die Inanspruchnahme externer Dienstleistungen verringert, doch selbst bei zunehmender häuslicher Mithilfe von Mann und Kind („egalitäre Arbeitsteilung“) bleibt nachweislich die *organisatorische Verantwortung der Ehefrau* bestehen. Dies ist weniger ein Hinweis auf die Rückständigkeit familialer Problembewältigungen als vielmehr darauf, dass es vor allem die Frauen sind, die den *innenfamilialen Subsistenzmittelbedarf* decken. Dazu gehört die Pflege der Kinder, die leibliche Versorgung, die Aufrechterhaltung des Haushalts sowie ein Großteil der internen und externen familiären Kommunikationen.³⁶⁴

Ferner merkt BOSCH kritisch an, dass *Arbeitszeitverkürzungen* den wachstumshemmenden Effekt insofern verstärken können, dass einerseits nicht genug Kaufkraft für die Nachfrage nach Dienstleistungen besteht, woraufhin jene andererseits in der dafür mehr vorhandenen freien Zeit informell erbracht werden können. Daher ist auch von einem Ausbau des Niedriglohnbereichs kein wachstumsförderlicher Impuls zu erwarten. Umgekehrt führt eine hohe Arbeitszeitbelastung zwar zu hohen Löhnen, aber zu einer Verknappung der Zeit, die zum Konsum von Dienstleistungen nötig wäre.³⁶⁵

³⁶³ „Die Steuer und Sozialversicherungssysteme enthalten im Gegensatz zum deutschen Splitting-System keine Anreize für die Allein- oder Hauptverdienerehe, stark ausgebaut soziale Dienstleistungen ebnen den Frauen den Weg zur Erwerbsbeteiligung. [...] Zunehmende Frauenerwerbstätigkeit und Stärkung der staatlich angebotenen sozialen Dienste erwiesen sich als zwei Seiten einer Medaille.“ LEHNDORFF, STEFFEN (2002): „Soziale Dienstleistungen – Stiefkind der Dienstleistungsgesellschaft? Anregungen aus einem europäischen Forschungsprojekt.“ In: INSTITUT ARBEIT UND TECHNIK (Hg.): *Jahrbuch 2001/2002*. Gelsenkirchen. Im Internet unter <Link>. S. 20. Ferner: BOSCH, GERHARD/WAGNER, ALEXANDRA (2002): „Nachhaltige Dienstleistungspolitik.“ In: BOSCH, GERHARD [ET AL.] (Hg.): *Die Zukunft von Dienstleistungen. Ihre Auswirkungen auf Arbeit, Umwelt und Lebensqualität*. Frankfurt a. M./New York. S. 484;496.

³⁶⁴ BEYER, LOTHAR [ET AL.] (2002): „Soziodemographischer Wandel: Triebkraft für die Entwicklung neuer Dienstleistungen.“ In: BOSCH, GERHARD [ET AL.] (Hg.): *Die Zukunft von Dienstleistungen. Ihre Auswirkungen auf Arbeit, Umwelt und Lebensqualität*. Frankfurt a. M./New York. S. 147/148.

³⁶⁵ BOSCH, GERHARD/WAGNER, ALEXANDRA (2002): „Nachhaltige Dienstleistungspolitik.“ In: BOSCH, GERHARD [ET AL.] (Hg.): *Die Zukunft von Dienstleistungen. Ihre Auswirkungen auf Arbeit, Umwelt und Lebensqualität*. Frankfurt a. M./New York. S. 483.

Neben der Schaffung von Anreizen für die Frau zur Aufnahme eines Berufs und dem Ausbau des Sozialstaats wird eine dritte Option durch den demografischen Wandel immer wahrscheinlicher: Demnach kann der allmählich einsetzende Erwerbspersonenmangel langfristig nur durch eine Erhöhung der Frauenerwerbstätigkeit ausgeglichen werden.³⁶⁶ Ändert sich in den nächsten Jahrzehnten allerdings nichts an den familienpolitischen Grundsätzen zu einer besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf, dürfte hiervon ein weiterer Geburtenrückgang zu erwarten sein. Künftige Konzepte zur Erhöhung der Frauenerwerbsquote müssen deshalb zwangsläufig die familienpolitische Dimension ihres Handelns mitberücksichtigen.

³⁶⁶ KLEINHENZ, GERHARD (2004): „Bevölkerung und Wachstum. Die Bevölkerungsentwicklung in Deutschland als Herausforderung für Wirtschafts- und Sozialpolitik.“ In: *Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik*. Heft 1-2/2004. S. 86/87.

5. Fazit: Aktuelle und zukünftige Hemmnisse und Herausforderungen für die Gesundheitswirtschaft

Im Hinblick auf die eingangs gestellte Frage nach der volkswirtschaftlichen Relevanz des Gesundheitssektors konnte herausgearbeitet werden, dass es sich bei ihm in der Tat um einen gewichtigen Wirtschaftsfaktor handelt. Beispielsweise gehören die Vorleistungs- und Zuliefererindustrie der Gesundheitswirtschaft sowie ihre Randbereiche Fitness, Wellness und Sport zu den wenigen Wachstumsbranchen der letzten Jahre. Der ganzheitliche Anspruch an Gesundheit als Folge der Ausdifferenzierung des Gesundheitssystems hat die Nachfrage nach Dienstleistungen für mehr Lebensqualität steigen lassen, was sich in einer beschäftigungssteigernden Diversifikation des Angebots und der Berufssparten niederschlägt. Der *Präventions- und Wellnesstrainer* ist nur eines von vielen Beispielen hierfür. Die Menschen lassen Präventionsangebote folglich nicht mehr nur *passiv* über sich ergehen, sondern greifen *aktiv* in den Erhalt ihrer Gesundheit ein, woraus die Gesundheitswirtschaft einen wirtschaftlichen Nutzen ziehen kann.

Neben den für die Gesundheitswirtschaft *wachstumsförderlichen* wurden auch die *wachstumshemmenden* Faktoren in dieser Arbeit einer eingehenden Prüfung unterzogen, deren Ergebnisse in *Tabelle 12* noch einmal zusammengefasst sind. Es konnte gezeigt werden, dass von manchen Einflussfaktoren sowohl positive als auch negative Impulse ausgehen, die wie im Fall des demografischen Wandels und der schlechten Arbeitsbedingungen in der Pflege ungünstig kumulieren. Neben der für die Analyse gewählten beobachtungsleitenden Unterscheidung tauchte implizit eine zweite Differenz auf, die man mit *aktuell/zukünftig* bezeichnen könnte. Demnach richten sich z.B. die mit dem demografischen Wandel verbundenen Hoffnungen weitgehend auf die Zukunft, aktuell gehen lediglich vom gesellschaftlichen Altern wachstumsförderliche Impulse aus. Beispielsweise überdenkt die Gesellschaft ihr Bild vom Altsein, infolgedessen demografisch sensible Innovatoren erst mit der Entwicklung von Dienstleistungen und Produkten für mehr Lebensqualität im Alter beginnen konnten. Der wesentliche Schub für den Kernsektor würde – bei Ausblendung der Kompressionsthese – erst nach dem Jahr 2020 erfolgen, wobei die bis dahin erzielten gesundheitswissenschaftlichen und medizinisch-technischen Fortschritte so weit gediegen sein dürften, dass die Komprimierung der Morbidität auch für die sozial schwächeren Schichten Realität geworden sein müsste.

Durch die zeitliche Verzögerung bietet sich andererseits aber die Chance, Justierungen an der *Qualifizierung des Gesundheitspersonals* und an den *Strukturen des Sozialstaats* vorzunehmen, um zur Entspannung der aktuell schon problematischen und sich bei gleich bleibenden Rahmenbedingungen zukünftig dramatisch zuspitzenden Lage auf dem Arbeitsmarkt beizutragen. Auf der anderen Seite zeigt sich, dass die *Rationalisierungsresistenz* von sozialen personenbezogenen Dienstleistungen durch den Einsatz telemetrischer Verfahren in der Medizin aufgebrochen wird, so dass man gespannt sein darf, inwieweit deren Ausbreitung die Beschäftigung steigen bzw. sinken lässt. Obwohl der Bedeutung des Gesundheitssektors als Wirtschaftskraft in den letzten Jahren zunehmend mehr Aufmerksamkeit geschenkt worden ist, wird die Gesundheitspolitik nach wie vor von dem Druck, den Beitragssatz stabil zu halten, bestimmt. An dieser Stelle profitiert die Gesundheitswirtschaft von den *gewandelten Konsumpräferenzen*, die dem eigenen Wohlbefinden soviel Ansehen einräumen, dass die Menschen bereit sind, privat für entsprechende Dienstleistungen und Produkte aufzukommen. Da der Konsum von Dienstleistungen – mit oder ohne Gesundheitsbezug – vom verfügbaren Einkommen abhängen, ist im generellen *Wirtschaftswachstum* ein weiterer entscheidender Faktor zu sehen. Wenn es in Deutschland nicht gelingt, die Probleme auf dem Arbeitsmarkt zu lösen und mehr Menschen an der Erwerbsarbeit zu beteiligen, so dass sie über ausreichend Einkommen bzw. Kaufkraft verfügen, droht der Transformationsprozess zur Dienstleistungsgesellschaft ins Stocken zu geraten.

Die Bezeichnung *Gesundheitswirtschaft* legt einerseits wie beschrieben die Betonung auf die volkswirtschaftliche Bedeutsamkeit des Gesundheitswesens, andererseits zeugt sie auch von dem Wunsch nach durchlässigeren Grenzen zwischen dem Gesundheits- und dem Wirtschaftssystem, als jene es im Einzelfall tatsächlich sind. Die systemtheoretische Herangehensweise hat den Blick auf die teilsystemischen Weltsichten freilegen und die spezifischen Systemlogiken offenbaren können. In der wissenschaftlichen Fachliteratur zur Gesundheitswirtschaft wird häufig stillschweigend von der Existenz durchgängiger *Interpenetrationszonen* ausgegangen, was nicht überall zutrifft. Das Beispiel der mangelhaften Qualifizierung der Gesundheitsberufe hat gezeigt, dass es noch nicht gelungen ist, gesundheitswissenschaftliches, wirtschaftswissenschaftliches und sozialwissenschaftliches Wissen um die Organisation von Abläufen in einer Interpenetrationszone zusammenzubringen bzw. in den

Programmen der Systeme zu verankern. Dieser Mangel hat augenblicklich zur Folge, dass sich die im Pflegeberuf Tätigen freiwillig aus dem Gesundheitssystem exkludieren, während selbiges nur unbeholfen auf das Problem des vorzeitigen Ausstiegs des Pflegepersonals reagiert, indem es die Zulaufquoten der Bewerber/innen aus dem Ausland erhöht. Obwohl der medizinisch-technische Fortschritt ein gutes Beispiel für die gelungene Diffusion von wirtschaftlichem Sinn in die Programme des Gesundheitswesens darstellt, zeigt sich, dass die Systemlogiken beider Systeme davon unangetastet bleiben und damit miteinander inkompatibel sind: Während einerseits die wirtschaftlichen Effizienzüberlegungen zu mehr Wirtschaftlichkeit beitragen, verhindern sie auch andererseits die Neuanschaffung von medizinischen Geräten. Die Medizintechnik kollidiert mit ihrem Ziel, ihren Umsatz zu steigern, fast zwangsläufig mit dem Gesundheitssystem, welches in erster Linie – unter der Bedingung des Kostendrucks – Krankheiten heilen will.

Die Hemmnisse sind demnach auf die fehlende Vernetzung der Systeme zurückzuführen, weshalb sich die Anstrengungen auf die Herausbildung einer Interpenetrationszone aus Bildungs- bzw. Wissenschaftssystem, dem Gesundheitssystem und der Wirtschaft konzentrieren müssen. Die Seniorenwirtschaft als Verbund aus Wissenschaft und Wirtschaft liefert dafür eine nachahmungswürdige Vorlage.

Tabelle 12: Wachstumsförderliche und wachstumshemmende Einflussfaktoren auf die Gesundheitswirtschaft (Eigene Darstellung).

Wachstumsförderliche Faktoren	Bewertung	Wachstumshemmende Faktoren
<ul style="list-style-type: none"> Soziokultureller Wandel und Individualisierung <ul style="list-style-type: none"> - Individualisierung des Gesundheitsdiskurses → Zwang zur „Bastelgesundheit“ und Ausweitung des Angebots im Zuge der Ausdifferenzierung der Gesellschaft und damit fehlender verbindlicher Vorgaben (RN). - Erosion der Familienformen und gesteigerte Frauenerwerbstätigkeit → fördert Nachfrage nach vormals informell erbrachten Leistungen (K). - Wandel der Bedürfnispräferenzen: Wunsch nach „Lebensqualität“ durch Einsickern des medizinischen Codes → Gehobener Anspruch an Leistungen führt zu einer <i>aktiven</i> Primär, Sekundär und Tertiärprävention. Genereller Boom des Fitness und Wellnessbereichs (RN+K). 	++ -	<ul style="list-style-type: none"> Informelle Leistungserbringung <ul style="list-style-type: none"> - Durch Subventionierung der Eigenarbeit durch den Sozialstaat nehmen Frauen weniger am Erwerbsleben teil → Da die Frauenerwerbsquote sowohl mit der Nachfrage als auch dem Angebot an sozialen personenbezogenen Dienstleistungen korreliert, geht von der informellen Arbeit ein wachstumshemmender Effekt aus (K).
<ul style="list-style-type: none"> Medizinisch-Technischer Fortschritt <ul style="list-style-type: none"> - Medizintechnik profitiert von der Ausweitung der Nachfrage im Kernsektor (durch z.B. die Alterung der Gesellschaft) und gehört schon jetzt zu den wenigen Wachstumsmärkten in Deutschland (VZ). - Sehr exportstark (VZ). - Durch Verknüpfung gesundheitswissenschaftlichen und wirtschaftswissenschaftlichen Know-hows wird sichergestellt, dass innovative Produkte und Verfahren auch vermarktet werden (VZ+RN). 	+ - -	<ul style="list-style-type: none"> Medizinisch-technischer und gesundheitswissenschaftlicher Fortschritt <ul style="list-style-type: none"> - <i>Kompressionsthese</i> widerlegt die Annahme, dass die Alterung der Gesellschaft automatisch eine Zunahme des medizinischen Betreuungsbedarfs nach sich zieht, da durch den medizinisch-technischen und gesundheitswissenschaftlichen Fortschritt bereits heute bis zu 70 % der chronischen (Alters)Erkrankungen beeinflussbar sind → Die Morbiditätsrisiken lassen sich erfolgreich auf die letzte Lebenspanne „komprimieren“ (K). - Aufbrechen des <i>uno-actu</i>-Prinzips sozialer personenbezogener Dienste durch z.B. den Einsatz telemedizinischer Medien → Ausweitung des Bedarfs setzt sich nicht zwangsläufig in Beschäftigungswachstum um (K). - <i>Wissenslücke</i> zw. Entscheidern und Medizinern sowie Zulassungsverfahren behindern medizinisch-technischen Fortschritt → Die Verbreitung innovativer Verfahren und Produkte (Diffusion I + II) wird durch das <i>jetzige Zulassungsverfahren</i> (<i>passives</i> Anhörungsrecht statt <i>aktives</i> Mitspracherecht) und <i>fehlender Abrechnungsziffern</i> gedrosselt (VZ).
<ul style="list-style-type: none"> Demografischer Wandel <ul style="list-style-type: none"> - <i>Biologisches</i> Altern führt zu einem Anstieg des Unterstützungs- und Pflegebedarfs (dreifaches Altern der Gesellschaft) → <i>Medikalisierungsthese</i> (K). - <i>Gesellschaftliches</i> Altern bringt eine attraktive Zielgruppe mit genügend Freizeit und Einkommen hervor, die ihre Bedürfnisse nach Lebensqualität auch im Alter befriedigen will (Tourismus, Wohnen, Dienstleistungen für Gesundheit und Wohlbefinden etc.) (RN). - Verringert die Zahl der potentiellen Betreuer/innen in der Familie (K). 	++ -	<ul style="list-style-type: none"> Das Zusammenwirken von quantitativem Erwerbspersonenmangel und schlechten Arbeitsbedingungen <ul style="list-style-type: none"> - Der demografische Wandel führt zu einer <i>Verknappung des Erwerbspersonenpotentials</i>, das mit den <i>schlechten Arbeitsbedingungen</i> im Pflegesektor kumuliert → Nachfrage im Kernsektor kann u. U. nicht befriedigt werden (K).
	-	<ul style="list-style-type: none"> Mangelnde Qualifikation als häufigster Grund für Absagen im Pflegebereich <ul style="list-style-type: none"> - Durch den medizinisch-technischen und gesundheitswissenschaftlichen Fortschritt wird Wissen schneller entwertet und gleichzeitig neue Kompetenzen verlangt (z.B. Medien). → Doppel- bzw. Mehrfachqualifizierungen werden notwendig (K+VZ+RN). - Aus- und Weiterbildungssektor ist fragmentiert, zudem ist die Weiterbildung an Voraussetzungen geknüpft und damit enge Grenzen gesetzt → Die Gesundheitswirtschaft kann ihr Angebot qualitativ nicht auf die Nachfrage der Konsumenten abstimmen (K+VZ+RN).
Legende: ++ = starker wachstumsförderlicher Einfluss -- = starker wachstumshemmender Einfluss K = Kernsektor VZ = Vorleistungs- und Zuliefererindustrie + = wachstumsförderlicher Einfluss - = wachstumshemmender Einfluss RN = Randbereiche und Nachbarbranchen		

6. Literatur:

ANDERSEN [ET AL.] (Hg.) (2002): *Chancen in Emerging Markets. Gesundheitswesen. Perspektiven für private Unternehmen*. Frankfurt a. M., Köln, Hamburg.

BAIER, HORST (1997): *Gesundheit als Lebensqualität. Folgen für Staat, Markt und Medizin*. Zürich/Osnabrück.

BÄRWALD, HORST, FREIKAMP, HENRIETTE (2003) „Wellness – zur wirtschaftlichen und arbeitsmarktpolitischen Bedeutung des gegenwärtigen Booms.“ In: VPT. VERBAND PHYSIKALISCHE THERAPIE (Hg.). Im Internet unter: <<http://www.vpt-online.de/detailseite.cfm?MeldungsID=159>>. Letztes Update: 25.04.03.

BAUCH, JOST (1996): *Gesundheit als sozialer Code. Von der Vergesellschaftung des Gesundheitswesens zur Medikalisierung der Gesellschaft*. Weinheim; München.

BÄCKER, GERHARD [ET AL] (Hg.) (2004): „Entwicklung der Wohnbevölkerung und demografische Belastungsquotienten in Deutschland von 1960 bis 2050.“ In: [www.sozialpolitik-Aktuell.de](http://www.sozialpolitik-aktuell.de). Im Internet unter: <<http://www.sozialpolitik-lehrbuch.de/docs/8/tab/TabelleVIIIIE2.pdf>>. Letztes Update: Unbekannt.

BÄCKER, GERHARD; BISNICK, REINHARD U.A. (2000): *Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland, Bd. 2: Gesundheit und Gesundheitssysteme, Familie, Alter, Soziale Dienste*. Wiesbaden.

BADURA, BERNHARD/STRODTHOLZ, PETRA (1998): „Soziologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften.“ In: HURRELMANN, KLAUS/LAASER, ULRICH (Hg.): *Handbuch Gesundheitswissenschaften. Studienausgabe*. 3. Auflage 2003. Weinheim/München.

BANDEMER, STEPHAN VON/EVANS, MICHAELA/HILBERT, JOSEF (2004): „Gesundheitswirtschaft: Die große Hoffnung auf des Messers Schneide?“ In: INSTITUT ARBEIT UND TECHNIK (Hg.): *Jahrbuch 2003/2004*. Gelsenkirchen.

BANDEMER, STEPHAN VON, HILBERT, JOSEF (2003): „Moderne Arbeit in Medizin und Pflege.“ In: INSTITUT ARBEIT UND TECHNIK (Hg.): *Jahrbuch 2002/2003*. Gelsenkirchen. Im Internet unter:

<<http://www.iatge.de/aktuell/veroeff/jahrb0203/10-bandemer-hilbert.pdf>>.

BECK, ULRICH/GERNSHEIM-BECK, ELISABETH (1994): *Risikante Freiheiten*. Frankfurt a. M.

BERGHAUS, MARGOT (2003): *Luhmann leicht gemacht. Eine Einführung in die Systemtheorie*. Köln.

BEYER, LOTHAR [ET AL.] (2003): *Dienstleistungen für mehr Lebensqualität. Trends, Gestaltungsfelder, Beschäftigungsperspektiven*. Graue Reihe des Instituts für Arbeit und Technik. Gelsenkirchen.

BEYER, LOTHAR [ET AL.] (2002): „Soziodemographischer Wandel: Triebkraft für die Entwicklung neuer Dienstleistungen.“ In: BOSCH, GERARD [ET AL.] (Hg.): *Die Zukunft von Dienstleistungen. Ihre Auswirkungen auf Arbeit, Umwelt und Lebensqualität*. Frankfurt a. M./New York.

BEYER, LOTHAR [ET AL.] (2000): „Zukunftsbranche Lebensqualität? Chancen und Herausforderungen beim Ausbau personenbezogener Dienstleistungen.“ In: INSTITUT ARBEIT UND TECHNIK (Hg.): *Jahrbuch 1999/2000*. Gelsenkirchen.

BOSCH, GERHARD (2003): „Sind Niedriglöhne der Motor für Dienstleistungen?“ In: *DIW Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung*. Nr. 72/2003. S. 41.

BOSCH, GERHARD/WAGNER, ALEXANDRA (2002): „Nachhaltige Dienstleistungspolitik.“ In: BOSCH, GERARD [ET AL.] (Hg.): *Die Zukunft von Dienstleistungen. Ihre Auswirkungen auf Arbeit, Umwelt und Lebensqualität*. Frankfurt a. M./New York.

BOSCH, GERHARD/WAGNER, ALEXANDRA (2002): „Dienstleistungsbeschäftigung in Europa – Ein Ländervergleich.“ In: BOSCH, GERARD [ET AL.] (Hg.): *Die Zukunft von Dienstleistungen. Ihre Auswirkungen auf Arbeit, Umwelt und Lebensqualität*. Frankfurt a. M./New York.

BRAUN, BERNHARD; KÜHN, HAGEN; REINERS, HARTMUT (1998): *Das Märchen von der Kostenexplosion*. Frankfurt a. M.

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALE SICHERUNG (Hg.) (2004): *Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477)*. Berlin. Im Internet unter: <http://bundesrecht.juris.de/bundesrecht/sgb_5/gesamt.pdf>. Letzte Aktualisierung: 30.07.04.

BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (Hg.) (2001): *Das Altern der Gesellschaft als globale Herausforderung – Deutsche Impulse*. Stuttgart, Berlin.

CIRKEL, MICHAEL/HILBERT, JOSEF/SCHALK, CHRISTA (2004): *Produkte und Dienstleistungen für mehr Lebensqualität im Alter. Expertise*. Gelsenkirchen. Im Internet unter <<http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/produkte-und-dienstleistungen.pdf>>.

DAHLBECK, ELKE/HILBERT, JOSEF/ POTRATZ, WOLFGANG (2004): „Gesundheitswirtschaftsregionen im Vergleich: Auf der Suche nach erfolgreichen Entwicklungsstrategien.“ In: INSTITUT ARBEIT UND TECHNIK (Hg.): *Jahrbuch 2003/2004*. Gelsenkirchen.

DEUTSCHES INSTITUT FÜR WIRTSCHAFTSFORSCHUNG (Hg.) (2001): *Wirtschaftliche Aspekte der Märkte für Gesundheitsleistungen. Ökonomische Chancen unter sich verändernden demographischen und wettbewerblichen Bedingungen in der europäischen Union*. Berlin. Im Internet unter: <http://www.diw.de/deutsch/produkte/publikationen/gutachten/docs/diw_GesundheitsDL_200112.pdf>.

DELOITTE & TOUCHE (2004): *Der deutsche Fitness und Wellness-Markt. Newsletter Fitness & Wellness Markt 3/2004*. Düsseldorf. Im Internet unter: <http://www.deloitte.com/dtt/cda/doc/content/PressemitteilungNewsletterQ3_04.pdf>.

ERMLICH, GÜNTER (2002): „Rohe Kräfte. Sie heißen Wellness-Trainer. Aber sie lernen nicht, was ein Rasulbad ist. Bisher gibt es für den Job keine Ausbildungskriterien. Und keine staatliche Prüfung.“ In: *Die Zeit*. 41/2002. Im Internet unter: <http://www.zeit.de/archiv/2002/41/200241_well.trainer.xml>. Letztes Update: Unbekannt.

FABIAN, FRANK (2002): *Märkte im Fokus. Medizintechnik – ein Markt mit Wachstumsperspektiven*. IBK Report Medizintechnik. Düsseldorf.

FEHR, RAINER (2001): *Ökologische Gesundheitsförderung. Analysen – Strategien – Umsetzungswege*. Bern, Göttingen, Toronto Seattle.

FORSCHUNGSGESELLSCHAFT FÜR GERONTOLOGIE (Hg.) (2004) *Stationäre Altenpflege. Personalstrukturen, Arbeitsbedingungen, Arbeitszufriedenheit in der stationären Altenpflege. Abschlussbericht im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen*. Dortmund. Im Internet unter:
<<http://www.sozialpolitik-lehrbuch.de/docs/stationaere-altenpflege.pdf>>.

FOUCAULT, Michel (1983): *Der Wille zum Wissen. Sexualität und Wahrheit I*, Frankfurt.

FOURASTIÉ, JEAN (1969): *Die große Hoffnung des 20. Jahrhunderts*. Köln.

FRETSCHNER, RAINER/HARTMANN, ANJA K. (2002): „Der Gesundheitssektor: Stiefkind oder *Hidden Champion* der Dienstleistungsgesellschaft?“ In: HARTMANN, ANJA K./MATHIEU, HANS (Hg.): *Dienstleistungen in der Neuen Ökonomie. Struktur, Wachstum und Beschäftigung*. Berlin.

FRETSCHNER, RAINER (2002): „Das Märchen von Hase und Igel: Dienstleistungspolitik im Zeitalter der neuen Ökonomie.“ In: HARTMANN, ANJA K./MATHIEU, HANS (Hg.): *Dienstleistungen in der Neuen Ökonomie. Struktur, Wachstum und Beschäftigung*. Berlin.

FRETSCHNER, RAINER/GRÖNEMEYER, DIETRICH/HILBERT, JOSEF (2002): „Die Gesundheitswirtschaft – Ein Perspektivwechsel in Theorie und Empirie.“ In: INSTITUT ARBEIT UND TECHNIK (Hg.): *Jahrbuch 2001/2002*. Gelsenkirchen, S. 33-47.

FRETSCHNER, RAINER/HENNICKE, PETER/HILBERT, JOSEF (2002): „Ökoeffiziente Tertiarisierung. Konzeptionelle Überlegungen und Schritte zu ihrer Realisierung.“ In: BOSCH, GERARD [ET AL.] (Hg.): *Die Zukunft von Dienstleistungen. Ihre Auswirkungen auf Arbeit, Umwelt und Lebensqualität*. Frankfurt a. M./New York.

GEIßLER, RAINER (1996): *Die Sozialstruktur Deutschlands. Zur gesellschaftlichen Entwicklung mit einer Zwischenbilanz zur Vereinigung*. 2. Auflage. Opladen.

GRABKA, MARKUS (2004): „Einkommen, Sparen und intrafamiliäre Transfers von älteren Menschen.“ In: *DIW Wochenbericht*. Nr. 6/2004. 71. Jahrgang/5. Februar. Berlin. Im Internet unter: <http://www.diw.de/deutsch/produkte/publikationen/wochenberichte/docs/04-06-1.html>>. Letztes Update: 15.05.04.

GRÖNEMEYER, DIETRICH H. W. (2002): „Gesundheitswirtschaft „Med. in Germany“ – Verpasst Deutschland eine Chance?“ In: BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (Hg.): *Zukunftsmarkt Gesundheit. Tagungsband der Veranstaltung des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie, am 6.12.2001 in Berlin*. Baden-Baden.

GRÖNEMEYER, DIETRICH H. W. (2001): *Med. in Deutschland. Standort mit Zukunft*. Berlin.

HARTMANN, ANJA K. (2002): *Zwischen Differenzierung. und Integration. Die Entwicklung des Gesundheitssystems in den Niederlanden und der Bundesrepublik*. Opladen.

HARTMANN, ANJA K. (2002): „Dienstleistungen im wirtschaftlichen Wandel: Struktur, Wachstum und Beschäftigung.“ In: HARTMANN, ANJA K./MATHIEU, HANS (Hg.): *Dienstleistungen in der Neuen Ökonomie. Struktur, Wachstum und Beschäftigung*. Berlin.

HASSELHORN, HANS-MARTIN/MÜLLER, BERND HANS (2004): *Gesundheitswirtschaft als Jobmotor? Ergebnisse der Europäischen NEXT-Studie*. Präsentation vom 16.09.04. Wuppertal. Im Internet unter: <http://www.next.uni-wuppertal.de/dt/download/dt/NEXTGelsenkirchen092004.pdf>>. Letztes Update: Unbekannt.

HÄUßERMANN, HARTMUT/SIEBEL, WALTER (1995): *Dienstleistungsgesellschaften*. Frankfurt a. M..

HENKE, KLAUS-DIRK (2002): „Auf dem Weg zu einer ordnungspolitischen Rundumerneuerung des Gesundheitswesens aus der Sicht eines Ökonomen.“ In: BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (Hg.): *Zukunftsmarkt Gesundheit. Tagungsband der Veranstaltung des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie, am 6.12.2001 in Berlin*. Baden-Baden.

HILBERT, JOSEF/EVANS, MICHAELA (2003): *Die Auswirkungen institutioneller Rahmenbedingungen auf den individuellen und betrieblichen Qualifizierungsbedarf am Beispiel der Gesundheitswirtschaft. Eine Expertise im Auftrag der Expertenkommission „Finanzierung Lebenslangen Lernens“*. Gelsenkirchen. Im Internet unter: <<http://www.iatge.de/aktuell/veroeff/2004/hilbert02.pdf>>.

HILBERT, JOSEF/FRETSCHNER, RAINER/DÜLBERG, ALEXANDRA (2002): *Rahmenbedingungen und Herausforderungen der Gesundheitswirtschaft*. Gelsenkirchen.

HILBERT, JOSEF/NAEGELE, GERHARD (2002): „Dienstleistungen für mehr Lebensqualität im Alter – Ein Such- und Gestaltungsfeld für mehr Wachstum und Beschäftigung.“ In: BOSCH, GERARD [ET AL.] (Hg.): *Die Zukunft von Dienstleistungen. Ihre Auswirkungen auf Arbeit, Umwelt und Lebensqualität*. Frankfurt a. M./New York.

HILLEBRAND, FRANK (1997): „Disziplinargesellschaft.“ In: KNEER, GEORG/NASSEHI, ARMIN/SCHROER, MARKUS (Hg.) (1997): *Soziologische Gesellschaftsbegriffe. Konzepte modernen Zeitdiagnosen*. München.

HUBER, ELLIS (2002): „Anmerkungen zur Arzt-Patienten – Beziehung aus Sicht eines modernen Gesundheitsmanagements. Korreferat zu dem Beitrag von Udo Schneider: „Beidseitige Informationsasymmetrien in der Arzt-Patient – Beziehung: Implikationen für die GKV“.“ In: *DIW. Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung*. 71, 4. S. 462-467. Im Internet unter: <http://www.diw.de/deutsch/produkte/publikationen/vierteljahrshefte/docs/papers/v_02_4_8.pdf>. Letztes Update: Unbekannt.

HÜBNER, MICHAEL R./MIDDENDORF, ANJA SOPHIA (2002): „Wohin die Reise geht? Entwicklungslinien in der Tourismuswirtschaft.“ In: Hartmann, ANJA

K./MATHIEU, HANS (Hg.): *Dienstleistungen in der Neuen Ökonomie. Struktur, Wachstum und Beschäftigung*. Berlin.

KLEINHENZ, GERHARD (2004): „Bevölkerung und Wachstum. Die Bevölkerungsentwicklung in Deutschland als Herausforderung für Wirtschafts- und Sozialpolitik.“ In: *Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik*. Heft 1-2/2004.

KNEER, GEORG/NASSEHI, ARMIN (2000): *Niklas Luhmanns Theorie sozialer Systeme*. 4. unveränderte Auflage. München.

KNEER, GEORG/NOLLMANN, GERD (1997): „Funktional differenzierte Gesellschaft.“ In: KNEER, GEORG/NASSEHI, ARMIN/SCHROER, MARKUS (Hg.) (1997): *Soziologische Gesellschaftsbegriffe. Konzepte moderner Zeitdiagnosen*. München.

KRAUSE, DETLEF (1996): *Luhmann-Lexikon*. Stuttgart.

KRISTOF, KORA/SCHERHORN, GERHARD (2002): „Informelle Arbeit in der Dienstleistungsgesellschaft.“ In: BOSCH, GERARD [ET AL.] (Hg.): *Die Zukunft von Dienstleistungen. Ihre Auswirkungen auf Arbeit, Umwelt und Lebensqualität*. Frankfurt a. M./New York.

KRUSE, ANDREAS (ET AL.) (2003): *Kostenentwicklung im Gesundheitswesen. Verursachen ältere Menschen höhere Gesundheitskosten? Expertise. Erstellt im Auftrag der AOK Baden-Württemberg. Januar 2003*. Heidelberg. Im Internet unter: <http://www.gesund-im-alter.de/Expertise_AOK_BW.pdf>.

KÜHN, HAGEN (2004): „Demographischer Wandel und demographischer Schwindel. Zur Debatte um die gesetzliche Krankenversicherung.“ In: *Blätter für deutsche und internationale Politik*. 6/2004. Im Internet unter: <<http://www.wz-berlin.de/ars/ph/download/demogrwanandel.pdf>>. Letztes Update: Unbekannt.

KÜHN, HAGEN (1998): „Gesundheit/Gesundheitssystem.“ In: SCHÄFERS, BERNHARD/ZAPF, WOLFGANG (Hg.): *Handwörterbuch zur Gesellschaft Deutschlands*. Opladen.

LAUTERBACH, KARL/LINDLAR, MARKUS (1999): *Informationstechnologien im Gesundheitswesen. Telemedizin im Gesundheitswesen*. Bonn. Gutachten Friedrich-Ebert-Stiftung. Im Internet unter: <<http://library.fes.de/pdf-files/stabsabteilung/00624.pdf>>. Letztes Update: Unbekannt.

LEHNDORFF, STEFFEN (2002): „Soziale Dienstleistungen – Stiefkind der Dienstleistungsgesellschaft? Anregungen aus einem europäischen Forschungsprojekt.“ In: INSTITUT ARBEIT UND TECHNIK (Hg.): *Jahrbuch 2001/2002*. Gelsenkirchen. Im Internet unter <<http://www.iatge.de/aktuell/veroeff/jahrb0102/02-lehndorff.pdf>>.

LENZ, URSULA (2004): „Senioren – treue Kunden, aber zunehmen kritisch.“ In: BAGSO (Hg.): *Pressemitteilung*. 4/2004. 20.07.2004. Bonn. Im Internet unter <<http://www.bagso.de/fileadmin/Presse/Pressemitteilung42004.pdf>>.

LUHMANN, NIKLAS (2004): *Ökologische Kommunikation. Kann die moderne Gesellschaft sich auf ökologische Gefährdungen einstellen?* Vierte Auflage. Wiesbaden.

LUHMANN, NIKLAS (1997): *Die Gesellschaft der Gesellschaft. Erster und Zweiter Teilband*. Frankfurt a. M.

LUHMANN, NIKLAS (1995): „Die Form Person“. In: *Soziologische Aufklärung 6. Die Soziologie und der Mensch*. Opladen.

LUHMANN, NIKLAS (1995): „Inklusion und Exklusion“. In: *Soziologische Aufklärung 6. Die Soziologie und der Mensch*. Opladen.

LUHMANN, NIKLAS (1995): „Die Soziologie und der Mensch“. In: *Soziologische Aufklärung 6. Die Soziologie und der Mensch*. Opladen.

LUHMANN, NIKLAS (1994): *Die Wirtschaft der Gesellschaft*. Frankfurt a. M.

LUHMANN, NIKLAS (1990): „Der medizinische Code.“ In: *Soziologische Aufklärung. 5 konstruktivistische Perspektiven*. Opladen.

LUHMANN, NIKLAS (1990): „Medizin und Gesellschaftstheorie.“ In: *Medizin, Mensch Gesellschaft 8*.

LUHMANN, NIKLAS (1986): „'Distinction directives'. Über Codierung von Semantiken und Systemen.“ In: NEIDHARDT, FRIEDRICH/LEPSIUS, RAINER/WEIß, JOHANNES (Hg.): *Kultur und Gesellschaft. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*. Sonderheft 27/1986. S. 145-162.

LUHMANN, NIKLAS (1983): „Anspruchsinflation im Krankheitssystem. Eine Stellungnahme aus gesellschaftstheoretischer Sicht.“ In: HERDER-DORNEICH, PHILIPP/SCHULLER, ALEXANDER (Hg.): *Die Anspruchsspirale. Schicksal oder Systemdefekt*. Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz: Kohlhammer.

LUHMANN, NIKLAS (1972): „Wirtschaft als soziales System“. In: *Soziologische Aufklärung. Aufsätze zur Theorie sozialer Systeme. Band 1*. 3. Auflage. Opladen.

MEINHARDT, VOLKER/SCHULZ, ERIKA (2003): „Kostenexplosion im Gesundheitswesen?“ In: *DIW Wochenbericht*. Nr. 07/2003. Berlin. Im Internet unter <<http://www.diw.de/deutsch/produkte/publikationen/wochenberichte/docs/03-07-1.html>>. Letztes Update: 15.05.04.

MIELCK, ANDREAS/HELMERT, UWE (1998): „Soziale Ungleichheit und Gesundheit.“ In: HURRELMANN, KLAUS/LAASER, ULRICH (Hg.): *Handbuch Gesundheitswissenschaften. Studienausgabe*. 3. Auflage 2003. Weinheim/München.

NEFIODOW, LEO A. (2001): „Die globalen Chancen der Gesundheitswirtschaft.“ In: MINISTERIUM FÜR WIRTSCHAFT, TECHNOLOGIE UND VERKEHR DES LANDES SCHLESWIG-HOLSTEIN (Hg.): *Gesundheitswirtschaft in Schleswig-Holstein. Potentiale und Chancen aus wirtschaftlicher Sicht. Dokumentation des Workshops am 18. Dezember 2000*. Kiel. Im Internet unter: <http://landesregierung.schleswig-holstein.de/coremedia/generator/Aktueller_20Bestand/MWV/Bericht_20_2F_20Gutachten/PDF/Workshop_20zur_20Gesundheitswirtschaft,property=pdf.pdf>. Letztes Update: Unbekannt.

(Sollte es zu einer Fehlermeldung während der Weiterleitung kommen, bitte die URL manuell eingeben und dabei das Trennzeichen zwischen „hol-stein“ löschen).

NIEJAHR, ELISABETH (2004): „Wenn die Alten jünger werden. 60-Jährige beim Rockkonzert, grauhaarige Dynamiker als Werbeträger, Trendwende in den Personalabteilungen: Der Jugendwahn ist vorbei.“ In: *Die Zeit*. 16.09.04. 39/2004. Im Internet unter: <<http://www.zeit.de/2004/39/Jugendwahn>>.

NIEJAHR, ELISABETH (2003): „Die vergreiste Republik. Deutschland verliert jährlich 200000 Einwohner, da mehr Menschen sterben als geboren werden. Es wächst ein demografisches Problem ungeheuren Ausmaßes heran, doch die Politiker ignorieren es.“ In: *Die Zeit*. Nr. 02/2003. Im Internet unter: <<http://www.zeit.de/2003/02/Demografie>>.

NIEJAHR, ELISABETH/ROHWETTER, MARCUS (2003): „Lasst sie jung aussehen. Sie haben Geld, Zeit und Lust: Die Wirtschaft entdeckt Menschen jenseits der 50 als Zielgruppe. Willkommen in der Konsumwelt von morgen.“ In: *Die Zeit*. Nr. 04/2003. Im Internet unter: <http://www.zeit.de/2003/04/Handel_und_Senioren>.

NIEJAHR, ELISABETH/HAMANN, GÖTZ (Hg.) (2003): „Arme Rentner anno 2020.“ In: *Die Zeit*. Nr. 36/2003. Im Internet unter: <<http://www.zeit.de/2003/36/Rentner-Analyse>>.

OBERENDER, PETER/HEBBORN, ANSGAR/ZERTH, JÜRGEN (2002): *Wachstumsmarkt Gesundheit*. Vollständig überarbeitete 2. Auflage. Stuttgart.

OBERENDER, PETER/HEBBORN, ANSGAR (1994): *Wachstumsmarkt Gesundheit. Therapie des Kosteninfarkts*. 1. Auflage. Frankfurt a. M.

OECD (2004): *Employment Outlook 2004*. Ohne Ort. Im Internet unter: <<http://www.oecd.org/dataoecd/42/55/32494755.pdf>>.

PRICEWATERHOUSECOOPERS (Hg.) (2000): *Industriestudie. Kontoren: Gesundheit 2010. Die Zukunft des Gesundheitswesens*. Frankfurt a. M.

RAUCH, JOACHIM (2004): „Weiterbildung zum ‚med. Präventions- und Wellnesstrainer‘ unter Dach und Fach.“ In: VPT. VERBAND PHYSIKALISCHE THERAPIE (Hg.). Im Internet unter:

<<http://www.vpt-online.de/detailseite.cfm?MeldungsID=291>>. Letztes Update: 23.07.04.

RAUCH, JOACHIM (2003): „Medizinische/r Wellnesstrainer/in. Chancen für eine berufliche Weiterbildung von Masseuren/innen und med. Bademeister/innen sowie Physiotherapeuten/innen.“ In: VPT. VERBAND PHYSIKALISCHE THERAPIE (Hg.). Im Internet unter:

<<http://www.vpt-online.de/detailseite.cfm?MeldungsID=169>>. Letztes Update: 30.05.03.

ROSENBROCK, ROLF (1998): „Gesundheitspolitik.“ In: HURRELMANN, KLAUS/LAASER, ULRICH (Hg.): *Handbuch Gesundheitswissenschaften. Studienausgabe*. 3. Auflage 2003. Weinheim/München.

SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN IN DEUTSCHLAND (1997): *Gesundheitswesen in Deutschland: Kostenfaktor und Zukunftsbranche. Sondergutachten 1997. Band. 2: Fortschritt und Wachstumsmärkte, Finanzierung und Vergütung*. Baden-Baden.

SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN IN DEUTSCHLAND (1996): *Gesundheitswesen in Deutschland. Kostenfaktor und Zukunftsbranche. Band I: Demographie, Morbidität, Wirtschaftlichkeitsreserven und Beschäftigung*. Baden-Baden.

SAGA, MARKUS (2004): „Deutsche Medizintechnik abwartend. Für 2004 durchwachsene Konjunkturerwartungen. In der Bilanz 2003 deutlich abnehmende Wachstumsraten und Probleme mit Gesundheitsreform und im Export.“ In: SPECTARIS (Hg.): *Med. Newsletter*. Im Internet unter:

<http://www.forum-deutsche-medizintechnik.de/mediletter/archiv/2004_2/spec_saga_1.php>. Letztes Update: 08.03.2004.

SCHIMANK, UWE (1996): *Theorien gesellschaftlicher Differenzierung*. Opladen.

SCHIMANK, UWE (1998): „Code – Leistungen - Funktionen: Zur Konstitution gesellschaftlicher Teilsysteme.“ In: *Soziale Welt*. Heft 1/98. S. 175-183.

SCHIMANK, UWE/VOLKMANN, UTE (1999): *Gesellschaftliche Differenzierung*. Bielefeld.

SCHNABEL, PETER-ERNST/HURRELMANN, KLAUS (1999): „Sozialwissenschaftliche Analyse von Gesundheitsproblemen.“ In: HURRELMANN, KLAUS (Hg.): *Gesundheitswissenschaften*. Heidelberg.

SCHULZ, ERIKA, LEIDL, REINER, KÖNIG, HANS-HELMUT (2001): *Auswirkungen der demographischen Entwicklung auf die Zahl der Pflegefälle. Vorausschätzungen bis 2020 mit Ausblick auf 2050*. DIW. Diskussionspapier Nr. 240. Im Internet unter:

<<http://www.diw.de/deutsch/produkte/publikationen/diskussionspapiere/docs/papers/dp240.pdf>>. Letztes Update: 15.05.04.

SCHULZ, ERIKA, LEIDL, REINER, KÖNIG, HANS-HELMUT (2001): „Starker Anstieg der Pflegebedürftigkeit zu erwarten: Vorausschätzungen bis 2020 mit Ausblick auf 2050.“ In: *DIW Wochenbericht*. Nr. 05/2001. Berlin. Im Internet unter <<http://www.diw.de/deutsch/produkte/publikationen/wochenberichte/docs/01-05-1.html#HDR1>>. Letztes Update: 15.05.04.

SCHULZ, ERIKA, LEIDL, REINER, KÖNIG, HANS-HELMUT (2000): „Auswirkungen der demographischen Alterung auf den Versorgungsbedarf im Krankenhausbereich - Modellrechnungen bis zum Jahre 2050.“ In: *DIW Wochenbericht*. Nr. 44/2000. Berlin. Im Internet unter:

<<http://www.diw.de/deutsch/produkte/publikationen/wochenberichte/docs/00-44-1.html>>. Letztes Update: 15.05.04.

SCHUPP, JÜRGEN, KÜHNEMUND, HARALD (2004): „Private Versorgung und Betreuung von Pflegebedürftigen in Deutschland. Überraschend hohes Pflegeengagement älterer Männer.“ In: *DIW Wochenbericht*. Nr. 20/2004. Berlin. Im Internet unter:

<<http://www.diw.de/deutsch/produkte/publikationen/wochenberichte/docs/04-20-1.html>>. Letztes Update: 15.05.04.

SCHWARTZ, FRIEDRICH W./BUSSE, REINHARD (1998): „Denken in Zusammenhängen: Gesundheitssystemforschung.“ In: SCHWARTZ, FRIEDRICH W./BADURA, BERNHARD/BUSSE, REINHARD (Hg.): *Das Public Health Buch: Gesundheit und Gesundheitswesen*. München, Wien, Baltimore.

SCHWARTZ, FRIEDRICH W./WALTER, ULLA (1998): „Altsein – Kranksein?“ In: SCHWARTZ, FRIEDRICH W./BADURA, BERNHARD/BUSSE, REINHARD (Hg.): *Das*

Public Health Buch: Gesundheit und Gesundheitswesen. München, Wien, Baltimore.

SCHWARTZ, FRIEDRICH W. [ET AL.] (1998): „Prävention.“ In: SCHWARTZ, FRIEDRICH W./BADURA, BERNHARD/BUSSE, REINHARD (Hg.): *Das Public Health Buch: Gesundheit und Gesundheitswesen.* München, Wien, Baltimore.

SIEGRIST, JOHANNES (2002): „Gesundheit und Krankheit: Medizinsoziologische Perspektiven.“ In: FLICK, UWE (Hg.): *Innovation durch Public Health.* Göttingen, Bern, Toronto, Seattle.

SIEGRIST, JOHANNES (1998): „Machen wir uns selbst krank?“ In: SCHWARTZ, FRIEDRICH W./BADURA, BERNHARD/BUSSE, REINHARD (Hg.): *Das Public Health Buch: Gesundheit und Gesundheitswesen.* München, Wien, Baltimore.

SIEGRIST, JOHANNES/LEIMKÜHLER-MÖLLER, MARIA (1998): „Gesellschaftliche Einflüsse auf Gesundheit und Krankheit.“ In: SCHWARTZ, FRIEDRICH W./BADURA, BERNHARD/BUSSE, REINHARD (Hg.): *Das Public Health Buch: Gesundheit und Gesundheitswesen.* München, Wien, Baltimore.

SPECTARIS (Hg.) (2004): *Die deutsche Medizintechnik 2004. Auswertung der SPECTARIS-Umfrage zur Situation der deutschen Medizintechnik 2004 und den Kriterien für eine optimale strategische Positionierung am (Welt-)Markt.* Köln. Im Internet unter:

<http://www.forum-deutsche-medizintechnik.de/downloads/zahlen/Branchenanalyse-Medizintechnik_2004.pdf>. Letztes Update: Unbekannt.

SPECTARIS/ZVEI (Hg.) (2004): „*Forum Deutsche Medizintechnik im Dialog.*“ *Der Beitrag der medizintechnischen Industrie für ein effizientes Gesundheitswesen.* Präsentation vom November 2002. Ohne Ort. Im Internet unter:

<http://www.forum-deutsche-medizintechnik.de/downloads/zahlen/Forum_%20im_Dialog.ppt>. Letztes Update: Unbekannt.

SPERLING, UTE (1994): „Schwangerschaft und Medizin. Zur Genese und Geschichte der Medikalisierung des weiblichen Gebärvermögens.“ In: *Jahrbuch*

für kritische Medizin 23. Gesundheitskult und Krankheitswirklichkeit. Hamburg.

STANOWKSY, JÜRGEN/SCHMAX, SABINE/SANDVOß, ROLF (2004): *Gesundheitsmarkt – ein Wachstumsmotor? Working Paper. Economic Research. Allianz Group. Dresdner Bank.* Im Internet unter:
<http://www.allianzgroup.com/Az_Cnt/az/_any/cma/contents/459000/saObj_459834_Edition_28.07.2004_VI.pdf>.

STATISTISCHES BUNDESAMT (Hg.) (2004): *Datenreport 2004. Zahlen und Fakten für die Bundesrepublik Deutschland.* Bonn.

STATISTISCHES BUNDESAMT (Hg.) (2004): *Durchschnittliches Alter der Mütter bei der Geburt ihrer lebendgeborenen Kinder. Deutschland.* Aktualisiert am 12. Juli 2004. Im Internet unter:
<<http://www.destatis.de/basis/d/bevoe/bevoetab2.php>>.

STATISTISCHES BUNDESAMT (Hg.) (2004): *Gesundheitspersonal nach Berufen in 1000.* Letztmalig aktualisiert am 02. Dezember 2003. Im Internet unter:
<<http://www.destatis.de/basis/d/gesu/gesutab1.php>>.

STATISTISCHES BUNDESAMT (Hg.) (2004): *Gesundheit. Ausgaben 1992 bis 2002.* Wiesbaden. Noch nicht erschienen! (*Liegt auf CD-ROM bei*).

STATISTISCHES BUNDESAMT (Hg.) (2003): *Unternehmen der Biotechnologie in Deutschland. Ergebnisse der Wiederholungsbefragung 2002.* Wiesbaden.

STATISTISCHES BUNDESAMT (Hg.) (2003): *Gesundheit. Personal 1997 bis 2002.* Wiesbaden. Noch nicht erschienen! (*Liegt auf CD-ROM bei*).

STATISTISCHES BUNDESAMT (Hg.) (2003): *Bevölkerung Deutschlands bis 2050 – Ergebnisse der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung.* Wiesbaden.

STATISTISCHES BUNDESAMT (Hg.) (2003): *Gesundheit. Ausgaben und Personal 2001.* Wiesbaden.

STATISTISCHES BUNDESAMT (Hg.) (2003): *Pressegespräch. „Gesundheitsausgaben und Gesundheitspersonal 2001“ am 24. April 2003 in Berlin. Statement von Präsident Johann Hahlen.* Im Internet unter:

<<http://www.destatis.de/presse/deutsch/pm2003/p1611095.htm>>. Letztes Update: Unbekannt.

STOCK, GREGOR (2004): „Medizintechnik-Markt in China wächst überdurchschnittlich.“ In: SPECTARIS (Hg.): *Med. Newsletter*. Im Internet unter:

<http://www.forum-deutsche-medizintechnik.de/mediletter/archiv/2004_2/spec_saga_1.php>. Letztes Update: 28.02.04.

THIEME, FRANK (1997): „Individuum.“ In: REINHOLD, GERD (Hg.): *Soziologie-Lexikon*. 3. Auflage. Wien, München, Oldenbourg.

WIESNER, GERD (2001). *Der Lebensverlängerungsprozess in Deutschland. Stand – Entwicklung – Folgen. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Robert Koch-Institut. Berlin. Im Internet unter:

<http://www.rki.de/cln_006/nn_226044/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichte_rstat-tung/GBEDownloadsB/lebensverlaengerungsprozess,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/lebensverlaengerungsprozess>. Letztes Update: Unbekannt.

(Sollte es zu einer Fehlermeldung während der Weiterleitung kommen, bitte die URL manuell eingeben und dabei das Trennzeichen zwischen „Gesundheitsberichterstat-tung“ löschen).

Weiterführende Literatur: Internetquellen

Bundesvereinigung für Gesundheit (BfGe) e.V. „Gesund im Alter“
<<http://www.gesund-im-alter.de/>>

Brancheninitiative „Gesundheitswirtschaft“ in der märkischen Region
<<http://www.gesundheitswirtschaft.net/>>

Deutsches Institut für Gütesicherung und Kennzeichnung e.V.
<www.ral.de>

Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung Berlin
<<http://www.diw.de/deutsch/>>

Deutscher Wellness-Verband
<<http://www.wellnessverband.de>>

Deutsches Zentrum für Altersfragen
<<http://www.dza.de/>>

Die Zeit
<www.zeit.de>

Forum Gesundheitswirtschaft in OWL
<<http://www.forum-gesundheitswirtschaft.de/>>

Gesundheitsberichterstattung des Bundes
<www.gbe-bund.de>

Institut für Arbeit und Technik
<<http://www.iatge.de/>>

Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung
<<http://www.iab.de/iab/default.htm>>

Institut für Wirtschaftsforschung
<<http://www.ifo.de/ifoPortal>>

Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie
<<http://www.uni-koeln.de/kzfss/index.htm>>.

NEXT-Studie Wuppertal
<http://www.next.uni-wuppertal.de/dt/index_dt.htm>

OECD
<<http://www.oecd.org/home/>>

Silverage (Beratungstelle für soziale Dienstleistungen)
<<http://www.silverage.de/html/index.html>>

Sozialpolitik-Aktuell
<<http://www.sozialpolitik-aktuell.de/>>

Statistisches Bundesamt
<<http://www.destatis.de>>

VPT – Verband Physikalische Therapie
<<http://www.vpt-online.de>>

Wissenschaftszentrum Berlin
<<http://www.wz-berlin.de/>>

2young2retire
<<http://2young2retire.com/>>

7. Abkürzungsverzeichnis:

AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AIP	Arzt im Praktikum
BASGO	<i>Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen</i>
FuE	Forschung und Entwicklung
IAT	Institut für Arbeit und Technik
IAB	Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung
IuK	Informations- und Kommunikationstechnologien
IKB	Deutsche Industriebank AG
DIW	Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung
DRG	diagnostic related group
NEXT	Nurses early exit study
NRW	Nordrheinwestfalen
RKI	Robert Koch Institut
SPECTARIS	Fachverband Medizintechnik im Deutschen Industrieverband für optische, medizinische und mechatronische Technologien e.V.
SVRKAIG	Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen
VEP	Virtuelle elektronische Patientenakte
ZVEI	Fachverband Elektromedizinische Technik im Zentralverband Elektrotechnik- und Elektronikindustrie
WZB	Wirtschaftszentrum Berlin